

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

Podpora aktivního stáří v domovech pro seniory

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Vedoucí diplomové práce:
Mgr. Olga Doňková**

**Vypracovala:
Bc. Pavlína Roučová**

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Podpora aktivního stáří v domovech pro seniory zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce.
Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

V Brně dne

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Olze Doňkové za metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat zaměstnancům Domova pro seniory Kosmonautů a Okružní za vstřícnost a poskytnuté informace.

Pavλίna Roučová

OBSAH

| | |
|---|----|
| Úvod | 5 |
| 1. Stáří a stárnutí | 7 |
| 1.1 Biologické stáří | 9 |
| 1.2 Kalendářní stáří | 9 |
| 1.3 Sociální stáří | 11 |
| 1.4 Funkční věk | 12 |
| 2. Specifické potřeby a změny ve stáří | 14 |
| 2.1 Specifické potřeby ve stáří | 14 |
| 2.2 Změny ve stáří | 19 |
| 2.2.1 Tělesné změny ve stáří | 20 |
| 2.2.2 Psychické změny ve stáří | 21 |
| 2.2.3 Změny v sociální interakci | 24 |
| 3. Sociální služby zaměřené na seniory | 29 |
| 3.1 Domovy pro seniory | 32 |
| 3.2 Další možnosti služeb pro seniory | 32 |
| 4. Aktivizace | 34 |
| 4.1 Aktivizační programy a jejich druhy | 36 |
| 4.2.1 Formy terapie | 37 |
| 4.2.2 Pohybové aktivity | 42 |
| 4.2 Metodické postupy tvorby a realizace programů | 42 |
| 4.3 Význam aktivizačních programů | 45 |
| 5 Cíle průzkumu a formulace hypotéz | 47 |
| 6 Charakteristika výzkumného vzorku | 48 |
| 6.1 Domov pro seniory Kosmonautů | 49 |
| 6.2 Domov pro seniory Okružní | 50 |
| 7 Použité metody | 52 |
| 8 Prezentace výsledků | 53 |
| 9 Diskuze | 68 |
| 10 Závěr průzkumu | 74 |
| Závěr | 75 |
| Resumé | 77 |
| Anotace | 78 |
| Seznam použité literatury | 79 |

ÚVOD

Stáří. Pojem, který v nás evokuje moudrost, zasloužený odpočinek po letech práce, ale také obavu. Obavu z příchodu nemocí, strach z toho, že se o sebe nebudeme umět sami postarat a budeme druhým na obtíž. A v neposlední řadě také strach ze smrti. Na jedné straně staré lidi ctíme, pro zkušenosti nasbírané během života, na druhé straně na ně mnohdy pohlížíme jako na neschopné, nepotřebné a na obtíž.

Stáří však není překážkou k tomu, aby člověk prožil svůj život aktivně. Ba naopak. Aktivní přístup ke stáří může člověku pomoci zachovat si soběstačnost a schopnosti nebo aspoň zabránit tomu, aby se jeho schopnosti a dovednosti zhoršovaly. Hlavně na každém člověku záleží, jak se ke svému životu ve stáří postaví a zda jej prožije důstojně a aktivně nebo podlehe nemocím a bude „čekat na smrt“. V dnešní době existuje množství vzdělávacích aktivit pro seniory, oblíbené jsou Univerzity třetího věku, počítačové kurzy apod.

V současné době se aktivní stáří stále více propaguje i v domovech pro seniory. V informacích o jednotlivých domovech se lze dočíst, že posláním a cílem daného domova je zajištění vhodných podmínek pro prožití důstojného stáří a také nabízet aktivizační činnosti, které napomohou k zachování dosavadních schopností, dovedností a soběstačnosti klienta. Nabízí skutečně domovy pro seniory aktivizační programy? Je nabídka programů dostatečná a je určena všem klientům?

Cílem mé diplomové práce je zmapovat možnosti aktivního stáří ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně. První část práce bude informativního rázu a budu se v ní zabývat obecnými teoretickými pojmy, které charakterizují stáří, potřeby a změny ve stáří. Zmíním se také o sociálních službách, jejichž součástí jsou i domovy pro seniory. V této práci budou tedy popsány hlavně ty služby, které jsou zaměřeny na seniory. Tématem mé práce je aktivní stáří, proto bude kapitola v práci věnována aktivizaci, druhům aktivizačních programů, metodickým postupům jejich tvorby a realizace a také významu těchto programů.

Druhá část práce bude zaměřena na zjištění výzkumného cíle: *„Jsou klientům ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně nabízeny programy aktivního stáří*

a jakými aktivitami jsou tyto programy naplňovány?“ Zjištění cíle bude dosaženo kvalitativním výzkumem ve dvou vybraných domovech pro seniory v městě Brně. Hlavní výzkumnou metodou bude rozhovor se zaměstnanci vybraných domovů pro seniory, kteří mají na starosti realizaci a tvorbu aktivizačních programů. Tyto informace budou doplněny i mými postřehy a zjištěními získanými při návštěvách daných domovů pro seniory.

Závěrečná část této práce bude obsahovat shrnutí této problematiky a zjištěné výsledky.

1. Stáří a stárnutí

Problematika stáří a stárnutí je velmi aktuálním tématem. Populace vyššího věku přibývá a v současné době se tak stále častěji hovoří o stárnutí obyvatelstva. Zatímco v roce 1991 bylo z celkového počtu obyvatel 12,7% osob ve věku 65 a více let, k 31. 12. 2008 jich bylo 14,8% (ČSÚ). Populace, ve které je více než 7% obyvatel nad 65 let věku, je (z demografického hlediska) považována za starou (Pacovský,1990). V průběhu let se mění i pohled na stáří. Dříve byl za starého považován již čtyřicetiletý člověk, dnes se za starého nemusí považovat člověk šedesátiletý. Důvodem zvyšování věku může být vysoká úroveň lékařské péče, zvyšování životní úrovně, snižování nároků životního prostředí na tělesnou zdatnost apod.

Stárnoucí populace má vliv na celou společnost a přináší řadu změn. Pacovský (1990) specifikuje důsledky stárnoucí populace a rozděluje je na:

- *Ekonomické* – zvyšování počtu osob v poproduktivním věku vede k tomu, že vyšší národní důchod musí tvořit osoby ekonomicky aktivní. Stále více prostředků je také vydáváno na zajištění potřeb starých lidí.
- *Sociálně zdravotní* – jsou dány vyšší nemocností a zvýšenou potřebou různých forem sociální i zdravotní péče.
- *Sociologické* (psychosociální) – týkají se rolí starých lidí ve společnosti, zabezpečování jejich práv, potřeb, postavení v rodině, řešení zdravotního stavu, soběstačnosti apod.

Problematika stáří a stárnutí se tedy netýká jen stárnoucího jedince, ale celé společnosti. Společnost často vnímá stáří jako chorobu, něco co nás obtěžuje, vyžaduje péči a zvýšenou pozornost, jako hrozbu, která vede ke ztrátě soběstačnosti, ke zhoršení funkcí organismu apod. Stáří je tak bráno jako období, kdy člověk chátrá, je bez energie, má omezené kontakty s lidmi atd. Stáří však není nemoc, je to jen životní etapa, ke které všichni směřujeme.

Přirozený proces stárnutí je dán stavbou a funkcí organismu. Zatímco u divoce žijících živočichů je to jeden z nástrojů nastavujících rychlost výměny generací a udržení nejvhodnější věkové struktury, civilizace z něj udělala hrozbu. S jejím nástupem se začaly u lidí zlepšovat existenční podmínky a život se stával bezpečnějším. Zvýšením věkové hranice a věkové struktury populace se více jedinců dostávalo do věku, ve kterém už byly znát nepříjemné důsledky stáří. Pravděpodobně v této době se lidé začali zajímat o příčiny stárnutí. Motivací jim byla nejen zvědavost, ale i přirozený strach ze smrti. (Ďoubal, Klemra, Filipová & Dolejš, 1997)

Vymezit jednotnou definici stáří a stárnutí není jednoduché. Pacovský (1990) charakterizuje stáří jako poslední etapu ontogenetického vývoje, která jednak souvisí s předcházejícími fázemi, ale má i svá biologická specifika, kterými se od jiných vývojových stádií odlišuje.

Jako konečnou etapu geneticky vyměřeného trvání života definují stáří Hartl a Hartlová (2000). Pichaud a Thureauová (1998, str. 25) pak vymezují stárnutí jako „působení času na lidskou bytost“.

Říká se, že člověk je tak starý, jak se cítí. Z tohoto pohledu se může člověk ve 40 letech cítit starý, zatímco jiný pětadesátiletý ještě v plné síle. Pacovský (1990) upozorňuje, že ve procesu stárnutí jsou velké individuální rozdíly a proto není snadné přesně určit počátek stárnutí. Štílec (2004) zdůrazňuje, že na stáří je nutné pohlížet jako na funkci duševního a tělesného stavu, ne jen počtu let života.

Vzhledem ke skutečnosti, že dosažení věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu je jednou z podmínek přijetí do domova důchodců, budu v této práci využívat pojmu senior¹ vymezeného na základě ukončení ekonomické aktivity a přiznání starobního důchodu.

V následujících podkapitolách se budu blíže věnovat definici stáří vymezením biologického, kalendářního a sociálního stáří a funkčního věku.

¹ V běžné mluvě se lze setkat i s pojmy důchodce nebo starý člověk. Důchodce je jen člověk pobírající důchod. Termín starý má negativní citový náboj a na nevhodnost jeho užívání upozorňovaly i materiály OSN. V současné době se ustálil významově neutrální pojem senior nahrazující specifické označení starého člověka z pohledu různých vědeckých disciplín (Kozáková, 2006).

1.1 Biologické stáří

Jak již bylo řečeno výše, určit, kdy je člověk starý není jednoduché a je nutné posuzovat stáří z více hledisek. Jedním z nich je i biologický věk. Biologický věk „poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace“ (Stuart–Hamilton, 1999, str. 18). I tento věk je u každého jedince individuální. Musíme mít na paměti, že řada změn, které pozorujeme u starého člověka, může být způsobena i nemocemi v předešlých letech, tedy nemusí být nutně důsledkem stáří.

Mühlpachr (2004, str. 19) definuje biologické stáří jako „hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku“.

Bylo vysloveno množství hypotéz o příčinách stárnutí a stáří, přesto dosud nejsou uspokojivě vysvětleny. Mühlpachr (2004) uvádí dva přístupy k této problematice – epidemiologický a gerontologický. Zatímco epidemiologický přístup pohlíží na stárnutí a stáří jako na nahodilé děje a smrt stářím dle něj zřejmě neexistuje, gerontologický přístup považuje stárnutí a umírání za zákonité procesy, které jsou kódovány genetickou informací a přirozená smrt stářím existuje.

1.2 Kalendářní stáří

Nejčastěji se stáří vymezuje podle kalendářního věku. Kalendářní stáří je dáno datem narození. Dle Mühlpachra (2004, str. 20) je „vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny“.

Periodizace kalendářního věku se u některých autorů liší. Matoušek (2003) spojuje stáří v současné západní kultuře s obdobím 60-65 let věku, kdy lidé odcházejí do důchodu. Pacovský (1990) však naopak zdůrazňuje, že stáří se zákonným nárokem na starobní důchod nelze ztotožňovat.

Odborníci Světové zdravotnické organizace (WHO) sestavili patnáctiletou periodizaci lidského života. Za hranici stáří označili věk 60 let.

Vyšší věk je dle WHO kvalifikován následovně:

60 – 74 let – vyšší věk nebo také rané stáří

75 – 89 let – stařecký věk nebo-li senium (vlastní stáří)

90 let a výše – dlouhověkost. (Haškovcová, 2002)

Věková hranice 60 let byla v roce 1980 akceptována i Organizací spojených národů (Mühlpachr, 2004).

V hospodářsky vyspělých státech se kvůli stárnutí populace a prodloužení délky života ve stáří posouvá hranice stáří k věku 65 let. Dle Mühlpachra (2004) je stále častěji užíváno toto členění:

65 - 74 mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)

75 – 84 staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)

85 a více velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení).

Jako kritický bod se tedy u obou členění jeví věk kolem 75 let. Tento věk zmiňuje v souvislosti s lékařskou praxí, kde se za staré považují osoby nad 75 let, i Pacovský (1990).

V české literatuře uvádí Příhoda (In Kozáková, 2006) i alternativní označení jednotlivých období:

60 - 74 let – senescence, počínající, časné stáří

75 – 89 let – kmetství, senium, vlastní stáří

90 let a více – patriarchium, dlouhověkost.

Kalendářní věk je nejběžnějším měřítkem stárnutí. Sám o sobě je, z pohledu stanovení míry stárnutí u daného jedince, spíše orientační. Například se můžeme setkat se sedmdesátníkem odpovídajícím svým vzhledem (šedé vlasy, vrásčitá kůže) stereotypu starého člověka, ale stejně tak se můžeme setkat s jedinci zachovalými, kteří tyto znaky nemají. Nebo naopak někteří mladší lidé mohou být předčasně zestárlí.

Stuart - Hamilton (1999, str. 19) upozorňuje, že „chronologický věk proto nemůže být pokládán za spolehlivý indikátor životního stavu konkrétního jedince.“

1.3 Sociální stáří

V období stáří dochází u člověka k několika sociálním změnám. Patří mezi ně např. penzionování, mění se role člověka, člověk ztrácí kontakt s kolegy ze zaměstnání. Velkou změnou je i přemístění člověka do domova pro seniory. Sociální věk tedy bývá spojován s určitými sociálními událostmi. Blíže je tato problematika popsána v kapitole 2.2.3.

V souvislosti s periodizací sociálního stáří zmiňuje Mühlpachr (2004) tři, případně čtyři období:

- První věk – označován jako předproduktivní. Jedná se o období dětství a mládí charakterizované růstem, vzděláváním, vývojem, profesní přípravou, získáváním zkušeností a znalostí.
- Druhý věk - nebo-li produktivní. Takto je označováno období dospělosti, životní produktivity biologické (založení rodiny), sociální a především pracovní.
- Třetí věk – označován jako poproduktivní. Toto označení nám však „vnucuje“ představu stáří jako období poklesu zdatnosti a odpočinku, ale především představu fáze bez produktivní přínosnosti. Toto může vést k podceňování, diskriminování, minimalizaci potřeb apod. Takové pojetí třetího věku příliš akcentuje pracovní, kolektivně výrobní roli jedince a potlačuje hledisko osobnostního rozvoje jako celoživotního procesu trvajícím do smrti v nejvyšším stáří.
- Čtvrtý věk - bývá někdy používán k označení fáze závislosti. Toto označení je nevhodné, vzniká totiž dojem, jako by nesoběstačnost byla stejně zákonitá jako obecně přijímaná stádia předchozí. To odporuje konceptu úspěšného stárnutí a představě, že zdravé stáří zůstává až do nejpokročilejšího věku samostatné.

Třetí věk je nezávislým životem ve stáří, zatímco čtvrtý věk označuje období závislosti člověka na druhé při zajišťování základních potřeb. Tyto termíny ve svém důsledku rozdělují starší lidi dle toho, kolik pomoci potřebují od druhých. (Stuart-Hamilton, 1999)

S označením třetí věk se v současné době často setkáváme v souvislosti s univerzitami třetího věku, ve kterých mohou studovat lidé po dosažení důchodového věku.

1.4 Funkční věk

Jak již bylo řečeno výše, samotný kalendářní věk o člověku mnoho nevyovídá. Při posuzování starého člověka je nutné se řídit i věkem funkčním, který může být od věku kalendářního rozdílný. Pacovský (1990) definuje funkční věk jako skutečný věk odpovídající funkčnímu potencionálu člověka a zahrnující biologické, psychologické a sociální charakteristiky.

Z hlediska funkčního věku má stáří tři hlavní dimenze:

- *Fyzická dimenze* – zahrnuje biologické stárnutí organismu, které se projevuje např. snížením funkčnosti orgánů, změnou tkání, stárnutím smyslových orgánů apod. Tyto změny se mohou kumulovat a navzájem se ovlivňují. Funkčně nedůležité jsou fyziologické změny v podobě šedých vlasů, vrásčité pokožky atd. Nelze však opomíjet symbolický význam těchto změn, protože řadí jedince do méně žádoucí sociální kategorie staří lidé.
- *Psychická dimenze* – kromě vyjadřování emocí zahrnuje percepční a kognitivní funkce např. řešení problémů, schopnost učení a rozhodování se, plánování, motivace, poznávání, orientace v prostoru a čase atd.
- *Sociální dimenze* – patří sem především vztahy ke společnosti, vztahy k sobě i jiným, sociální role a pozice ve skupině, životní styl apod. (Stuart- Hamilton, 1999)

Podle této teorie stáří znamená zvyšování pravděpodobnosti dysfunkce v jedné nebo více dimenzích. Tato skutečnost se s přibývajícím věkem projeví jako úbytek celkového funkčního potenciálu jedince.

Posuzování starého člověka z hlediska funkčního věku však není jednoduché, protože odborníci se dosud neshodli na vhodných souborech objektivních vyšetřovacích metod, kterými by se dal tento věk změřit. (Pacovský, 1990)

2. Specifické potřeby a změny ve stáří

Potřeby seniorů mají svá specifika. Pracovníci domovů pro seniory, kteří připravují aktivní program pro své klienty, by z těchto potřeb měli vycházet. Proto považují za důležité věnovat se v této kapitole specifickým potřebám ve stáří.

V průběhu procesu stárnutí prochází člověk celou řadou změn, které mohou ovlivňovat jeho chování a myšlení. Lidem, kteří se seniory pracují, může znalost těchto změn pomoci lépe pochopit toto chování a myšlení. Lze tak předejít vzniku možných konfliktních situací.

2.1 Specifické potřeby ve stáří

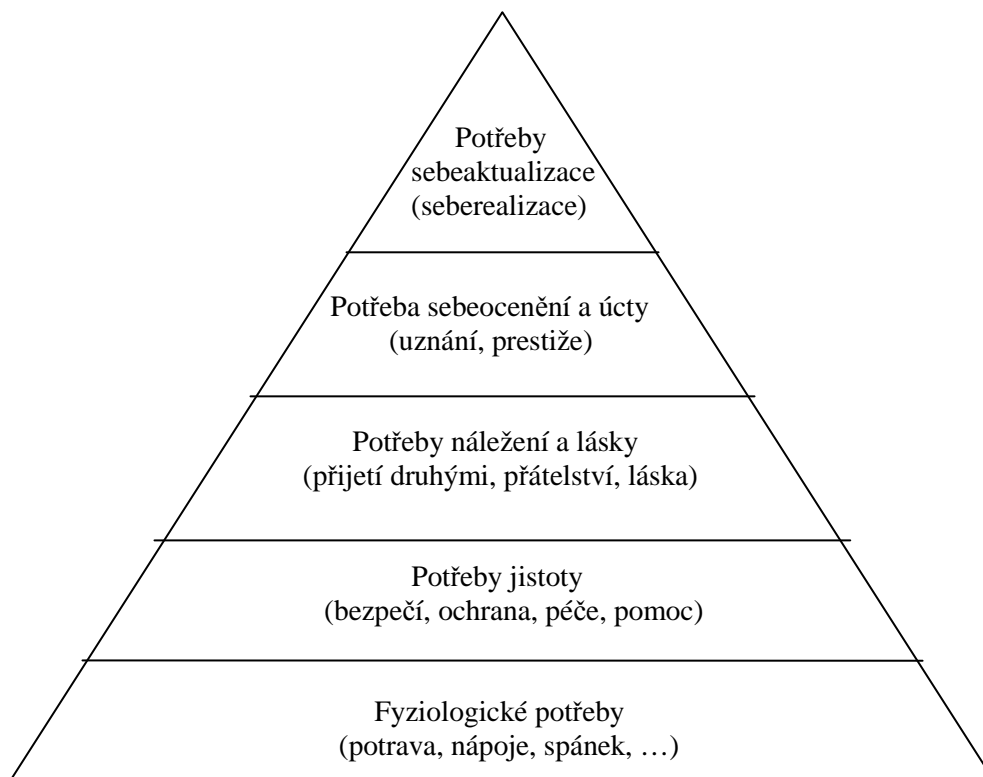
Potřeba je „stav lidského organismu, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti“ (Hartl & Hartlová, 2000). Každý člověk má své potřeby, jejichž uspokojení vede k celkové psychické i zdravotní pohodě. Senioři nejsou výjimkou. V domovech pro seniory se pečovatelé dříve zaměřovali zejména na uspokojování základních fyziologických potřeb klientů. Je však mít na paměti také potřeby sociálně psychologické. Zaměstnanci v domovech pro seniory by měli být pozorní ke všem potřebám klientů a při své práci z nich vycházet z nich.

Matoušek (2003) označuje potřebu jako motiv k jednání a v kontextu sociální práce je dělí na:

- *normativní potřeba* – spojená s nárokem na sociální službu
- *pociťovaná potřeba* – něco, co pociťuje klient nebo definuje expert, respektive agentura nebo stát
- *vyjadřovaná potřeba* - reprezentovaná počtem klientů žádajících o určitou sociální službu
- *komparativní potřeba* – pojem užívaný k porovnání situace skupin, které již využívají službu se situací skupin, kterým tatáž služba není dostupná. Není-li služba není dostupná všem lidem se stejnými charakteristikami, pak ti, kterým není dostupná, mají komparativní potřeby.

Z hlediska významu pro člověka je známým rozdělením potřeb Maslowova pyramida potřeb:

Obr. 1 Maslowova pyramida potřeb (Nakonečný, 2003)



Jedná se o hierarchický systém, ve kterém jsou potřeby uspořádány vzestupně od nižších (základních) potřeb (blíže k základně pyramidy) až po vyšší potřeby. Základem tohoto hierarchického uspořádání je fakt, že potřeby uvedené jako vyšší jsou uspokojovány teprve tehdy, když jsou do určité míry uspokojeny potřeby nižší. (Nakonečný, 2003)

Pichaud a Thareauová (1998) zdůrazňují, že potřebou není jen to, co člověku chybí, ale také to, k čemu skrze ni člověk směřuje. Maslowovu teorii potřeb přizpůsobili problematice seniorů a potřeby specifikují následovně:

1. *Fyziologické potřeby* – patří sem základní biologické potřeby jako např. dýchání, výživa, spánek, zdraví, pláč, smích, fyzické kontakty, odpočinek apod. Těmto potřebám je věnována velká pozornost. Neuspokojení jedné z těchto potřeb se může odrazit na celkovém stavu a zdraví člověka. Aspoň částečné uspokojení těchto potřeb je zároveň nutné k postoupení k dalším stupňům potřeb.

2. *Potřeba bezpečí* – každý člověk potřebuje mít pocit bezpečí. Lze rozlišit tři stupně potřeby bezpečí:

- *Potřeba ekonomického zabezpečení* – je spojena s pocitem člověka, že má dost peněz na živobytí. Pokud lidem tento pocit chybí, může to vést k úzkosti a strachu z budoucnosti. Velký strach z nedostatku se projevuje hlavně starších osob, které mají zkušenosti s válkou a dělají si tak zásoby jídla, předmětů apod.
- *Potřeba fyzického bezpečí* – u starších lidí, kteří se hůře pohybují, se často projevují obavy z pádu. Posílit pocit bezpečí může kompenzační pomůcka (chodítka, hole apod.) nebo také rámě pečovatelky či člena rodiny.
- *Potřeba psychického bezpečí* – mít pocit jistoty, nemít strach, necítit se ztracený. K pocitu bezpečí přispívají časově orientační body dne – např. jídlo, televizní noviny apod.

3. *Sociální potřeby* – člověk je tvor společenský a nemůže žít dlouho sám, potřebuje kontakt s druhými, komunikaci. Do tohoto okruhu můžeme zahrnout:

- *Potřeba informovanosti* – aby nebyl člověk odtržen od světa, potřebuje mít informace o světě, ve kterém žije, vědět co se děje kolem něj, mít zprávy o blízkých lidech. Senioři bývají od vnějšího světa mnohdy odloučeni. Příčinou úniku do vlastního světa bývají například problémy se sluchem, snížená hybnost člověka, který tak žije jen v bytě a obvykle nemá kontakt s okolím.
- *Potřeba náležet k sociální skupině* – skupinou může být rodina, přátelé, klub apod. Problémem bývá, když se člověk přestěhuje do jiného města či do neznámé čtvrti a ztratí tak kontakt s kamarády. I nemožnost setkávat se s vrstevníky a účastnit se různých zájmových akcí, nemít

kontakt s rodinou vyvolává v člověku velmi bolestné a zneklidňující pocity, se kterými je těžké se vyrovnat.

- *Potřeba lásky* – je velmi důležité aby člověk věděl, že na něm někomu záleží, aby měl někoho rád a přijímal tento cit i od druhého.
- *Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut* – mít možnost s někým mluvit, rozmlouvat, konverzovat, vyjádřit svůj názor, sdělit své myšlenky. Je však důležité uvědomit si, že potřeby vztahů jsou u každého člověka jiné. Někdo potřebuje být s ostatními hodně v kontaktu a mluvit s nimi, jinému stačí pouhá přítomnost ostatních.

4. *Potřeba autonomie* – jedná se o autonomii ve smyslu být svobodný, rozhodovat se sám za sebe. I fyzicky závislý člověk může být zároveň psychicky zcela autonomní. Mezi potřebu autonomie lze také zařadit potřeby uznání a vážnosti a také potřebu užitečnosti.

5. *Potřeba seberealizace, rozvoje vlastní činnosti* – člověk touží po seberealizaci, po nalezení smyslu svého života. Může se to týkat rodiny, práce, zájmů, víry apod. Na tomto stupni potřeb můžeme nalézt i prvky z nižších stupňů pokud někomu dávají smysl života. Život člověka může zcela naplňovat např. rodina (3. stupeň) nebo pocit uznání (4. stupeň). Dát svému životu smysl je problémem každého v jakémkoli věku a ve stáří se stává ještě závažnějším.

Pichaud a Thareauová (1998, str.41) zdůrazňují, že „všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné.“

Při uspokojování potřeb je třeba respektovat autonomii člověka. Autonomie znamená i možnost rozhodovat se, vybrat si, být pánem svého života. Je důležité umožnit člověku, aby si co nejvíc věcí dělal sám. Často máme tendenci až příliš je ochraňovat. Je třeba dbát, abychom za starého člověka nevykonávali všechno, ale zase dávat pozor, abychom po něm nežádali příliš.

V průběhu stáří se mění osobní význam potřeb, jejich preference i způsob uspokojování. Stárnutím klesá potřeba nových podnětů a zkušeností a je kladen větší důraz na jistotu a stabilitu. V souvislosti s prožíváním stárnutí a adaptací na něj se zvyšuje soustředěnost na sebe sama a uspokojení vlastních potřeb. Tato skutečnost je následkem zhoršení některých fyzických i psychických kompetencí a uvědomování si ubývání soběstačnosti. Ne vše je samozřejmostí, ba naopak vyžaduje větší vynaložené úsilí nebo pomoc od někoho jiného, proto je starý člověk často nucen zabývat se sám sebou (Vágnerová, 2007). Z tohoto pohledu zmiňuje Vágnerová (2007) následující potřeby:

- *Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem* – potřeba stimulace, ať už jde o intenzitu nebo proměnlivost podmětů, je snížena. Klesá potřeba nových a silných zážitků, staří lidé dávají přednost klidnějšímu stereotypu. Velké množství změn a nových informací může způsobovat pocit nejistoty a dezorientace. Preferují tedy setrvávání ve světě, který je minulostí a s nímž se identifikovali. Uchovávají si staré věci, fotografie, mají zájem o starší knihy, filmy atd.
- *Potřeba sociálního kontaktu* – v každé životní fázi je kontakt s lidmi velice důležitý. Jednou z častých zátěží stáří je pocit prázdnoty a izolace. Senioři potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň také své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěži nadměrné stimulace. Dávají přednost kontaktům se známými lidmi (rodina, přátelé, okruh známých). Tyto kontakty posilují jejich pocit jistoty, ale příliš je nezatěžují, protože vědí, co od nich mohou očekávat. Velmi důležitý je pro seniory i pocit generační sounáležitosti a solidarity.
- *Potřeba citové jistoty a bezpečí* – senioři si uvědomují ubývání svých sil i rizika ovdovění, onemocnění apod. Potřeba jistoty bezpečí tak má mnohem větší důležitost než měla dřív. Roste potřeba pozitivních podnětů, emoční podpory nejbližšího okolí.
- *Potřeba seberealizace* – tato potřeba může být ve stáří hůře uspokojována. Obvykle její význam postupně klesá nebo se mění způsob jejího uspokojování. Člověk se, s odchodem do důchodu, může cítit méněcenný, bezvýznamný.

Nejeden senior nahrazuje nepříjemný pocit ztráty vlastní hodnoty jinými aktivitami nebo zdůrazňováním dřívějších výkonů.

- *Potřeba otevřené budoucnosti a naděje* – staří lidé bývají zatěžováni strachem z nemoci, opuštěnosti, bezmocnosti. Přijatelná představa vlastní budoucnosti bývá založena na kompromisu, který klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty. Tu mohou podpořit některé osobně významné role, kompetence nebo mezilidské vztahy. Vyrovnat se s nutností změny smyslu vlastního života je důležitým a také obtížným úkolem hlavně raného stáří.

2.2 Změny ve stáří (psychické, tělesné, sociální)

Stáří je provázáno mnoha změnami, které lze rozdělit na tyto oblasti:

- psychická
- fyzická/tělesná
- sociální.

S určitým stupněm omezení fyzické i psychické výkonnosti je třeba počítat u všech stárnoucích lidí. Své potíže často staří lidé chápou jako přirozený projev stárnutí, nikoli jako chorobu. Mnohdy se tak na lékaře obracejí pozdě, v pokročilé fázi onemocnění. Také změna sociální situace se projevuje na zdravotním stavu. (Baštecký & Vojtěchovský In Štílec, 2004)

Je také třeba si uvědomit, že senioři nejsou stejnorodou populací, ale projevují se u nich vnitřní strukturální i funkční odlišnosti. Stáří a stárnutí jedince je individuálně podmíněno a dotvářeno. (Pacovský, 1990)

2.2.1 Tělesné změny ve stáří

Tělesné změny jsou na první pohled nejvíce viditelné. U seniorů můžeme pozorovat více či méně zjevné fyziologické změny:

- kůže se svrašťuje, vysušuje
- vlasy a chlupy šediví a ubývají
- uši obtížněji vnímají vysoké tóny a jsou citlivější na šumy
- zrak slábne, obtížněji se adaptuje na světlo a na tmou, obsáhne menší šířku (zúžení vizuálního pole)
- svalstvo ochabuje, ubývá kostní hmoty
- dýchací soustava se rychleji unaví, hlavně při námaze
- mění se hormonální produkce, sekrece a aktivita (konkrétně v menopauze)
- přetváří se imunitní systém. (Pichaud, & Thareauová, 1998)

Stárnutí postihuje také pohybový aparát. Většinou dochází k omezení kloubní pohyblivosti, poklesu rychlosti, obratnosti, síly a vytrvalosti. Zvyšuje se také riziko úrazů a pádů. Stárším jsou poznamenány i smyslové orgány. Hodně starých lidí trápí ztráta zrakové ostrosti, klesá také citlivost pro vysoké tóny a častá je i nedoslýchavost.

Častý je výskyt degenerativních onemocnění, jako je artróza, osteoporóza. Dále mezi onemocnění starých lidí patří Parkinsonova choroba, deprese a demence, cévní mozková příhoda.

Pichaud a Thareauová (1998) zdůrazňují nutnost uvědomit si, že pokles funkcí začíná již v rané dospělosti, ne až ve stáří. Důležité je také vzít v úvahu, zda jsou změny pozorované u starého člověka způsobeny samotným stárnutím nebo spíše nemocemi.

Stárnutí sice přináší zhoršení tělesného stavu, ale stáří samo o sobě není chorobným stavem. V průběhu stárnutí dochází k sečtení nepříznivých vlivů, čímž přibývá množství nemocných lidí. Člověk během svého života prodělá řadu nemocí, které mají vliv na jeho somatické funkce. Některé z těchto chorob jsou chronické. Základním znakem nemoci ve stáří je polymorbidita – tzn., že starší lidé často trpí větším počtem různých, obvykle chronických, onemocnění. (Vágnerová, 2007)

Fyzické změny ve stáří však nejsou jen změnou tělesného stavu člověka. Například starý člověk, který se těžko pohybuje a bydlí v domě bez výtahu, může být sociálně izolován. Nebo staří lidé, kteří přikládají svým zdravotním problémům velký důraz a neprojeví zájem o nic jiného, čelí riziku odmítnutí ostatními lidmi. Takoví lidé mohou být považováni za obtížné nebo nepříjemné a mohou v ostatních lidech vyvolávat soucit. Soucit však nemůže být základem rovnocenného vztahu s ostatními. Pokud jediným tématem konverzace jsou pouze nemoci a věci s nimi spojené, ztrácí brzy okolí zájem se vůbec s takovým člověkem bavit.

2.2.2 Psychické změny ve stáří

Vystihnout základní osobnostní rysy starého člověka není jednoduché, protože každý člověk vyrůstá v odlišných společenských a sociálních podmínkách. V úvahu je nutné brát také vrozené osobnostní rysy člověka.

Mnohé psychické funkce se v období stáří mění. Tyto změny mohou být jednak podmíněny biologicky, ale také mohou být důsledkem psychosociálních vlivů. Mnohdy se jedná o výsledek interakce těchto dvou vlivů. Biologicky podmíněné změny prožívání, uvažování a chování starších lidí mohou být projevem stárnutí. Lze je tedy z toho hlediska považovat za normální. Jedná se například o celkové zpomalení, obtíže v zapamatování a vybavování atd. Může jít také ale o příznaky chorobných procesů. Pokles mohou také ovlivňovat psychosociální faktory:

- *kohortová příslušnost* - lidé stejné generace získali vzdělání, mají podobnou sociální zkušenost, byli pod vlivem podobných sociokulturních vlivů. V průběhu života tak na ně působila stejná makrosociální traumata a stresy.
- *individuálně specifický životní styl a různé návyky* – schopnosti a dovednosti, které již nejsou potřebné, nejsou využívány. Život seniorů může být stereotypní a k jeho zvládnutí tak stačí méně než předtím.

- *očekávání a postoje společnosti* – senioři jsou manipulováni společností, aby přijali určitý postoj a model chování, který může mít příznivé i nepříznivé důsledky. (Vágnerová, 2007) Společnost například mnohdy manipuluje seniory do role nemocných, pomalých a ekonomicky neaktivních osob od kterých nic neočekává.

Obecněji můžeme psychické změny ve stáří charakterizovat takto (Štilec, 2004):

- *Zpomalení psychické činnosti* – je prokázáno, že „největší podíl na snížení rychlosti reakce mají centrální procesy spojené se zpracováním situace a s rozhodováním o způsobu reakce.“ (Štilec, 2004, str. 15) Z tohoto důvodu nevyhovují starým lidem činnosti pod tlakem a vyžadující rychlé rozhodování.

Jak uvádí Vágnerová (2007) zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakčních časů neznamena, že jsou staří lidé méně schopní. Bývají jen pomalejší a zpomalení vede k zhoršení kvality kognitivních funkcí. Celkové zpomalení je důsledkem obecnějších změn ve fungování mozku.

- *Emoční problémy* – deprese, úzkost apod. Příčinou mohou být i nedostatky ve smyslovém vnímání. V sociálním kontaktu je nejhůře snášen úbytek sluchu, ale potíže vyvolává i zhoršení zraku.

Senioři se zhoršeným sluchem nebo zrakem se často straní kontaktu s ostatními lidmi. To může být zapříčiněno jednak strachem ze strany seniorů, kteří, v důsledku zhoršených smyslů, ztrácejí jistotu v kontaktu s ostatními. Důvodem může být také ostych říci ostatním aby např. mluvili více nahlas, protože je špatně slyší. Lidé se často za zhoršený sluch stydí a tají to před ostatními. Tím dochází k nedorozuměním v komunikaci a často i následným omezením kontaktu s ostatními.

V období stáří bývá člověk lítostivější, často nedokáže zvládnout své emoce.

- *Změny v oblasti učení a paměti* – významné jsou problémy v oblasti epizodické a sémantické paměti. Epizodická paměť, jejíž informace jsou vázány k určitému místu a době, týkají se faktů (např. kde mám zaparkované auto), se stárnutím zhoršuje. Sémantická paměť obsahuje osvojené znalosti, celoživotní zkušenosti a slouží jako základ k dalšímu učení. Ta představuje jistou výhodu dříve

narozených proti mladším a tím i částečnou kompenzací ostatních ztrát přicházejících se stářím. Vágnerová (2007) uvádí, že sémantická paměť bývá trvanlivější. Jedná se o druh paměti, který je součástí krystalické inteligence, jež se s věkem výrazně nemění. Výhodou je, že sémantická paměť může sloužit jako kompenzační mechanismus, základ pro další učení, který může fungovat i implicitně. Člověk si ne vždy uvědomí, že ve své momentální činnosti využívá dříve získané informace.

Dle Vágnerové (2007) ovlivňují zhoršení paměťových funkcí nejen biologické změny, ale také genetické předpoklady, aktuální zdravotní stav, zkušenosti a postoje k duševní činnosti. Schopnost, které nebyla trénovaná, snáze upadá.

V průběhu stáří dochází i ke změně osobnostních vlastností. Ke změně dochází v kontextu celého psychosomatického komplexu lidské bytosti. Narušení jedné ze složek se projeví změnou dalších. Například úbytek kompetencí může zvýšit nejistotu a snížit sebedůvěru, což se pak projeví zdůrazněním takových osobnostních vlastností jako je nerozhodnost, puntičkářství, opatrnost. Na změně některých vlastností se podílí i nejistota vztahu k jiným lidem, kterým starý člověk nestačí. Jedná se o egocentrismus, podezíravost, vztahovačnost apod., které se většinou projevují v sociálních interakcích. (Vágnerová, 2007)

Stuart-Hamilton (1999) uvádí v souvislosti s adaptací na stáří 5 modelů osobnosti:

- *Konstruktivnost* – ideální model. Člověk s tímto přístupem je otevřený, přizpůsobivý a tolerantní. Je smířen se svým životem a stářím, těší se ze života, má smysl pro humor, je soběstačný a optimisticky laděný. Snadno navazuje vztahy k druhým lidem a stávající udržuje.
- *Závislost* – osoba má tendenci k pasivitě. Závislá osobnost, nebo jinak řečeno osobnost „na houpacím křesle“ spoléhá na pomoc a péči druhých, jak po stránce hmotné tak i citové. Stáří považuje za čas odpočinku, je málo ctižádostivá a do značné míry spokojená. Preferuje bezpečí, pohodlí a klidné rodinné zázemí. Spoléhá raději na pomoc ostatních, neboť výsledky jejího vlastního úsilí neodpovídají jejím představám.

- *Obrana, defenzíva* – člověk se obrní před stářím, snaží se stáří ignorovat, vyvíjí celou řadu aktivit, aby dokázal, že nepotřebuje pomoc a že je soběstačný. Ze závislosti má strach a bojuje o udržení svých pozic. Tento model často nastává u lidí, kteří žili pro práci a v práci.
- *Hostilita, nepřátelství* – vinu za neúspěchy a vlastní životní selhání svaluje na druhé. Stáří je pro lidi se strategií nepřátelství jen projev další nepřízně osudu, nedokáží se s ním smířit. Závidí mladost a chovají se k mladým nepřátelsky. Jsou mrzutí, nepřijemní, rozčilení a rozhněvaní na celý svět.
- *Sebenenávist* – nenávisť, nepřátelství jsou obráceny dovnitř, k vlastní osobě. Sebe i svůj dosavadní život hodnotí s pohrdáním, netouží si ho zopakovat. Jsou pasivní, lítostiví, mají sklony k depresím a pocitům osamělosti a zbytečnosti. Se stářím jsou sice smířeni, ale nevidí v něm nic dobrého.

2. 2.3 Změny v sociální interakci

Jak již bylo řečeno výše, stáří je výsledkem přirozeného procesu stárnutí a jako každé období i stáří s sebou přináší řadu změn. Pichaud a Thareauová (1998) uvádějí jako velké životní změny následující:

- Odchod do důchodu
- Odchod dětí a narození vnoučat
- Biologické a fyzické změny
- Smrt partnera, blízkých lidí a vrstevníků
- Změna bydlení, případně vstup do domova pro seniory.

Všechny výše zmíněné změny mají vliv na život člověka. Úmrtí blízkého člověka může postihnout i mladého člověka, ten se však s touto změnou může vyrovnat lépe i třeba proto, že „má celý život před sebou“, kdežto senior může vidět v úmrtí blízkého člověka blížící se konec života i pro něj. Vzhledem k tématu své diplomové práce budu v této kapitole hlavní pozornost věnovat sociálním změnám v souvislosti se vstupem do domova pro seniory a s odchodem do důchodu.

Vstup do domova pro seniory je významným mezníkem života člověka. Jedná se o velkou změnu životního stylu a proto je obtížnější i adaptace na tuto situaci. Vágnerová (2007) vidí hlavní zátěž takovéto situace v těchto oblastech:

- *Ztráta osobního území* – součástí identity seniora je potřeba někam patřit, být vázán k nějakému místu nebo být členem nějaké skupiny. Při umístění do ústavního zařízení dochází k narušení této součásti identity. Senior získává roli anonymního obyvatele institut, ztrácí pocit bezpečí známého prostředí (zahrnující nejen byt, ale i jeho materiální a sociální okolí), cítí se ohrožen. Intenzita této zátěžové situace závisí na mnoha okolnostech.
- *Ztráta autonomie* – umístění do domova pro seniory je vnímáno jako potvrzení ztráty soběstačnosti starého člověka. Tuto změnu senioři prožívají jako důsledek postupujícího úpadku vlastní osobnosti
- *Signál blížícího se konce života* – senioři si uvědomují, že život v domově pro seniory je poslední fází života, po níž může následovat jen smrt. I z tohoto důvodu je tato změna velmi stresující a reakcí na ní bývá deprese, apatie, absence pozitivního očekávání. Senior s touto situací většinou není spokojen, ale nic příjemného už neočekává, s touto situací se smířil, popřípadě pod tlakem okolností rezignoval.

Odchod do domova pro seniory znamená opustit svůj domov a určitým způsobem se rozloučit s minulostí a se vším, co bylo doposud náplní života. Většina seniorů se do domova pro seniory dostává díky svému zhoršenému zdravotnímu stavu, kdy už není možné, aby se o sebe postarali sami. I přesto, že si tuto situaci uvědomují, mnohdy bývají do instituce umístění proti své vůli a často věří, že se tato situace zlepší a oni se vrátí domů. Závislost na druhých lidech patří mezi situace, kterých se ve stáří lidé obávají. Zátěžová situace v podobě odchodu do domova pro seniory bývá mnohdy umocněna v souvislosti rodinnými vztahy. Někteří rodinní příslušníci své příbuzné v domově pro seniory nenavštěvují a ti se tam cítí odlozeni.

Dle Pichaud a Thareauové (1998) se lidé, kteří se sami rozhodnou odejít do zařízení sociální péče, se do nového života snadněji začleňují. Vágnerová (2007) rozlišuje

proces adaptace u lidí umístěných do institucionálního zařízení dobrovolně a nedobrovolně. U nedobrovolně umístěných seniorů do domova pro seniory rozlišuje tři fáze:

- *Fáze odporu* – projevuje se negativismem a agresivitou vůči komukoli, tj. vůči personálu, ostatním starým lidem apod. Skuteční „viníci“ nebývají často přítomni, proto je agresivita mířena vůči tzv. náhradním viníkům. Jedná se o obrannou reakci, projev negativních emocí a frustrace. Negativní reakce mohou být v podobě nadávání, agresivní ataky, nadávání, špatné zacházení, šizení v jídle apod.
- *Fáze zoufalství a apatie* – když starý člověk zjistí, že odpor k ničemu nevede, reaguje útlumem a apatií, ztrácí zájem o vše i o život. Někteří lidé v této fázi setrvávají až do své smrti. Počet úmrtí nově přijatých seniorů bývá velký.
- *Fáze vytvoření nové pozitivní vazby* – seniorům se podaří navázat většinou s někým z personálu nebo jiným obyvatelem domova pozitivní vztah. Ten pomůže sdílet novou situaci a dává životu smysl. Adaptace je posílena i postupným zvládnutím režimu a nově získaným pohodlím.

Adaptace seniorů, kteří odešli do domova pro seniory dobrovolně je sice méně problematická, ale také může přinášet řadu problémů (Vágnerová, 2007):

- *Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu* – získávání informací o životě a režimu v domově pro seniory. Tato fáze se obvykle projevuje větší precitlivělostí, vzpomínáním na minulost, bilancováním. Může dojít k zhoršení somatických potíží. Důležité je, aby první zážitky, které vytvářejí základ postoje k novému domovu, byly příjemné.
- *Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu* - smíření se se ztrátou svého zázemí, změnou role a způsobu života. Vytvoření nového životního stereotypu, získání nových sociálních kontaktů.

Podmínkou vstupu do domova pro seniory je dosažení důchodového věku. Z tohoto důvodu se zaměřím i na tuto problematiku. Odchodem do důchodu dochází ke ztrátě

profesní role a mění se postavení člověka ve společnosti. Člověk není ekonomicky aktivní a je vnímán jako pasivní příjemce. Mnohdy je společností chápán jako nevýznamný, méně užitečný a neproduktivní. Na jednu stranu se člověk, po odpracovaných letech, těší na odchod do důchodu jako na zasloužený odpočinek. Na druhé straně z něj má obavu. Obavu z toho, zda dokáže naplnit den, jehož velká část byla dosud tvořena prací. A v neposlední řadě obavu ze stárí. Jak uvádí Vágnerová (2007, str. 355), důchod je „jednoznačným signálem přechodu ze středního věku do stárí, je potvrzením ztráty výkonnosti a s ní související společenské užitečnosti.“

Pichaud a Thareauová (1998) zdůrazňují, že odchodem do důchodu člověk mění svou identitu. Dle Vágnerové (2007) zůstávají člověku jen soukromé role, pro širší společnost je anonymním důchodcem. Minulé profesní uplatnění člověka ztrácí oficiální význam. Člověk je společností často posuzován na základě aktuálního přínosu a málokdy z pohledu toho, co dokázal a vykonal dříve. Po odchodu do důchodu se, kromě rolí, mění a přehodnocují i postoje a hodnoty.

Odchod do důchodu znamená i ztrátu kontaktu s lidmi ze zaměstnání, nutí k novému uspořádání života. Může se odrazit i ve vztazích manželů, kteří spolu tráví více času a musí se znovu naučit žít ve dvou. Dle Pichaud a Thareauové (1998) přestává být život řízen prací a každý si musí svůj čas zorganizovat sám. Zatímco práce byla povinná, naplnění času v důchodu je dobrovolné a záleží na každém, jak se s touto skutečností vyrovná. Dle Vágnerové (2007, str. 356) může být období důchodu chápáno jako „doba, která nemá jasně vymezený obsah a obecně platný smysl“.

Odchod do důchodu může být jak dobrovolný, tak i vynucený okolnostmi (vůle zaměstnavatele, zdravotní stav apod.). Každý člověk se s odchodem do důchodu vyrovnává jinak. Stejně tak je individuální i naplnění a využití soukromého života. Někteří lidé si jen těžko zvykají, že už jejich život není řízen prací a těžko hledají jinou náplň dne. Jiní lidé se naopak na důchod těší a naplňují své dny aktivitami, kterým se nemohli věnovat dříve.

Sociální interakce seniorů se společností bývá mnohdy ovlivněna i somatickými změnami. Jak již bylo uvedeno v kapitole 2.2.1, v období stárnutí může dojít k zhoršování funkcí smyslových orgánů. Senioři, kteří mají problémy se sluchem, se

často vyhýbají kontaktu s ostatními lidmi. Stejně tak lidé s pohybovými problémy, kteří bydlí např. v domě bez výtahu, mohou být často izolováni.

Se změnami v sociální interakci souvisí i změna pohledu společnosti na starého člověka. V této souvislosti se můžeme setkat s ageismem.

Slovo ageismus vychází z anglického slova age, tj. věk, stáří. Ageismus je „společenský předsudek vůči stáří“ (Tošnerová, 2002, str. 6). Jako první hovořil o diskriminování na základě věku Rober Butler v roce 1969. Dnešní definice termínu ageismus zahrnuje předsudky a negativní představy o starých lidech nebo projevy diskriminace vůči staršímu člověku nebo skupině starších. (Palmer In Tošnerová, 2002) Dle Vágnerové (2007) je ageismus postojem vyjadřujícím přesvědčení o nízké hodnotě a nekompetentnosti stáří.

Postoj společnosti ke starým lidem je často negativní, odmítavý a podceňující. Hodně lidí chápe stáří jako období provázené spoustou nemocí, kdy člověk pouze chátrá a jen v lepších případech si zachová to, co dříve získal. Na seniora je často pohlíženo jako na člověka, který není ničím potřebný a jen málo kdy se bere v úvahu jeho dřívější přínos. Ve společnosti je kladen důraz na zachování všech kompetencí mládí a staří lidé jsou tak znevýhodňováni. I v televizních reklamách apod. je kladen důraz na mladistvý vzhled a svěžest.

Schirmacher (2004, str. 26) upozorňuje, že „mylné představy o stáří jsou stejně vražedné jako všechny ostatní druhy rasismu, které označují nějakou skupinu lidí za méněcennou. Jsou vražedné v reálném významu tohoto slova: dnes už víme, že oslabují duševní odolnost starších lidí a zkracují jejich život.“

3. Sociální služby pro seniory

Jak již bylo zmíněno v kapitole 2.2, stárnutí s sebou přináší řadu psychických, fyzických i sociálních změn. Podporu a pomoc v této situaci mohou senioři najít i v sociálních službách, které upravuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. s účinností od 1.1.2007.

Sociálními službami se rozumí krátkodobé i dlouhodobé služby, které jsou poskytovány oprávněným uživatelům. Cílem těchto služeb je zvýšení kvality života klienta. (Matoušek, 2003).

Cílem služeb bývá mimo jiné:

1. Podpora rozvoje nebo aspoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu.
2. Rozvoj schopnosti uživatelů služeb a pokud toho mohou být sami schopni, umožnění jim vést samostatný život
3. Snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů.

Sociální služby jsou poskytovány jako služby pobytové (spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb), ambulantní (osoba za službami dochází nebo je doprovázena do zařízení soc. služeb, součástí není ubytování) a terénní (poskytovány v přirozeném prostředí klienta).

Sociální služby zahrnují

- *Sociální poradenství* – zahrnuje základní sociální poradenství, v rámci něhož jsou osobám poskytovány potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Jedná se o základní činnost při poskytování všech druhů služeb a poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Dále je zde zahrnuto odborné sociální poradenství, které je poskytováno

se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením apod. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek. Mezi základní činnosti odborného sociálního poradenství patří zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

- *Služby sociální péče* – napomáhají zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. Pokud jejich stav toto vylučuje, pak jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. Mezi služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.
- *Služby sociální prevence* – tyto služby napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob v krizové sociální situaci, s životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, osob v sociálně znevýhodněném prostředí a osob, jejichž práva a oprávněné zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné fyzické osoby. Služby sociální prevence jsou zaměřeny na napomáhání překonání nepříznivé sociální situace a ochranu společnosti před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Patří sem raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra a zařízení pro děti a mládež, noclehárny, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.

Podle zákona o sociálních službách se rozumí sociální službou činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo

prevence sociálního vyloučení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Dle paragrafu 35 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsou základními činnostmi při poskytování sociálních služeb:

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- Poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Sociální poradenství
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- Telefonická krizová pomoc
- Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- Podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

3.1 Domovy pro seniory

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jsou v domovech pro seniory poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služby jsou poskytovány za úplatu.

Službami jsou rozuměny tyto základní činnosti:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- 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.

3.2 Další možnosti zařízení pro seniory

Pečovatelská služba je, mimo jiné, poskytována seniorům v přirozeném prostředí a i ve specializovaných zařízeních. Tato služba napomáhá při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytuje podmínky pro osobní hygienu, poskytuje stravu nebo pomoc při zajištění stravy, napomáhá při zajištění chodu domácnosti, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a napomáhá při prosazování práv a zájmů. Tato služba je poskytována za úplatu.

Ambulantní služby ve specializovaném zařízení jsou poskytovány za úplatu centry denních služeb. Cílem je posílení samostatnosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením a seniorům v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Jedná se o pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, terapeutická činnost, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Mezi další zařízení poskytující sociální služby patří denní a týdenní stacionáře. Ambulantní služby seniorům poskytují denní stacionáře, zatímco týdenní stacionáře nabízí pobytové služby ve specializovaném zařízení. Služba zahrnuje pomoc v oblasti osobní hygieny, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti apod. Tyto služby jsou poskytovány za úplatu.

4. Aktivizace

Pojem aktivizace doplňují a pomáhají vymezit dva širší pojmy animace a aktivace. Z tohoto důvodu budu nejprve vycházet z těchto pojmů.

Animace

Animace je „zlepšení výkonu způsobené tím, že jedinec vidí nebo slyší jiné osoby konat tutéž činnost.“ (Hartl, 2000, str. 157)

Animace by měla být základní složkou života v ústavním zařízení. Pichaud a Thareauová (1998) v tomto smyslu upozorňují na důležitost animace každodenního života, která by měla prostupovat a “oživovat“ všechny úkony všedního dne. Dodává intenzitu, radost a spontánnost všemu, co člověk dělá – slovům, dotykům, úkonům, událostem a činnostem dne jako jsou pozdrav, hygiena apod. Součástí animace mohou být akce – např. představení, hudební vystoupení apod. Svůj význam má ale i klid, odpočinek a nečinnost. Animace nesmí být direktivní a činnosti by měly vycházet od samotných obyvatel, nejlépe od každého jedince zvlášť. Jedině pak má správný význam.

Jen málo zaměstnanců domova pro seniory si například uvědomuje, že i samotný pozdrav je důležitý. Nestací jen přijít do místnosti a říci „dobrý den“. Je důležité klienta oslovit, aby věděl, že se pozdrav týká jeho – např. „dobrý den paní/pane....“.

Aktivace

Jedná se o pomoc nebo podporu směřující k udržení, obnovení nebo získání schopností, které jsou nutné k samostatnému či méně závislému uspokojování sociálně psychologických potřeb. Může být poskytována ve formě sociálně psychologické podpory, která směřuje hlavně k odstranění osamocení, apatie, deprese a pasivity. Aktivace může být poskytována také formou aktivizace klienta v různorodých oblastech života (společenské, kulturní, zájmové). (Jurečková, 2002)

Zapomínat by se také nemělo na nabídku různorodých pohybových aktivit, cvičení, rehabilitace apod., které vedou k uspokojování fyzických potřeb. I přesto, že hlavní část těchto potřeb je zajištěna jinou než aktivizační péčí.

Obsah aktivační péče tvoří zejména:

- pomoc při vedení osobního života
- pomoc při orientaci v realitě
- utváření denního rytmu klienta včetně vytváření každodenních programů zaměřených na smysluplné vyplnění volného času a nabídky různých individuálních aktivit zaměřených na individuální a celoživotní záliby klienta
- pomoc při účasti klienta na společenském životě nabídkou společenských kulturních a zájmových aktivit
- pomoc při zdolávání krizí
- péče o umírající
- pomoc při vyřizování osobních záležitostí (např. jednání s úřady)
- pracovní terapeutické, ergoterapeutické aktivity. (Jurečková, 2002)

Pro definici pojetí aktivizace je pak třeba vyzvednout z obsahu aktivace zvláště následující body týkající se aktivační péče: utváření denního rytmu klienta, pomoc při účasti klienta na společenském životě nabídkou společenských, kulturních a zájmových aktivit a pracovní terapeutické aktivity. (Jurečková, 2002)

Aktivizace

Aktivizaci, kterou lze odvodit ze dvou širších pojmů animace a aktivace, lze pojímat podle Rheinwaldové (1999) jako:

- možný nástroj k uspokojování potřeb,
- prevenci patologického stárnutí (fyzického i psychického) a sociálního vyloučení,
- motivaci k smysluplné činnosti a k plnohodnotnému životu,
- péči o klienta, která směřuje ke zlepšení nebo alespoň k zabránění zhoršování jeho současného stavu (zaměření se a podpora silných stránek),
- činnost, kterou se funkce lidského těla i mysli posilují, udržují a rozvíjejí.

Obecně lze aktivizaci chápat jako specifickou metodu intervence do života seniora s cílem uspokojit jeho fyzické, psychické a společenské potřeby. Podporuje rozvoj a udržení klientových schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností. Cílem

aktivizace je pomáhat starým lidem žít plnohodnotný život podle jejich maximálních možností bez ohledu na stupeň funkčního potenciálu. (Jurečková, 2002)

Pod uvedenou definicí si lze představit konkrétní cíle, kterými jsou podle Jurečkové (2002) snaha o relaxaci, uvolnění, navazování kontaktů se sociálním okolím, činnostní aktivita, zachování pocitu autonomie a důstojnosti, posilování soběstačnosti, podporování silných stránek jedince pomocí terapeuticko – zábavné činnosti, zpříjemnění volného času, podpora tvořivosti, vytváření pravidelného denního rytmu, trénování kognitivních schopností, udržování či zvyšování pohyblivosti. Zásadou je, že při tvorbě aktivity se vždy vychází individuálních potřeb a zálib konkrétního klienta.

4.1 Aktivizační programy a jejich druhy

Dle Rheinwaldové (1999) by měly aktivizační programy nabízet dostatečné množství intelektuálních, společenských a fyzických aktivit a tím přispívat k odpovídajícímu posílení fyzické kondice, mentální stimulace a tvořivosti, ať už prostřednictvím cílevědomé činnosti nebo zábavnou formou. K jednotlivci by se mělo prostřednictvím aktivizačních programů přistupovat komplexně, aby mohl prožívat život co nejsmysluplněji. Komplexně zaměřený přístup na potřeby jednotlivce napomáhá také snížení deprese, úzkosti a frustrace.

Rheinwaldová (1999) rozděluje aktivizační programy do následujících kategorií:

- rukodělné práce, tvořivé činnosti
- společenské programy, diskuse, hry, hudba, tanec
- cvičení, sporty, sportovní hry
- činnosti venku v přírodě – například vycházky, výlety, klienti se mohou starat o zahradu a okolí domova pro seniory.
- náboženské programy – pro věřící klienty zajištění bohoslužeb, zpovědi apod.
- vzdělávací činnost – různé přednášky, hry na zlepšování paměti apod.

Dále to mohou být činnosti z oblasti interakce a konverzace. Pro seniory je důležité udržovat vztahy s rodinou a přáteli, které měli před vstupem do domova. A také

navazovat vztahy nové. Někteří lidé mohou mít s navazováním nových vztahů problémy, proto jim mohou napomoci různé hry apod.

Součástí aktivizačních činností jsou i zábavné programy. Dle Rheinwaldové (1999) by se nějaký větší program měl konat každý měsíc, aby se obyvatelé měli na co těšit a připravovat. Do této oblasti spadají i různé oslavy. Také je možné stanovit téma měsíce, které bude v programu převládat.

Dalšími činnostmi mohou být hudební programy (poslech hudby, zpívání písniček atd.), činnosti podporující užívání smyslu (např. hry a úkoly na trénink paměti, hmat, jemnou a hrubou motoriku). Pokud to zdravotní stav obyvatel dovoluje, lze zorganizovat i různé zájmové kroužky jako např. taneční, pěvecký, dramatický.

V domovech pro seniory jsou často využívány různé druhy terapií a pohybové aktivity. Proto se o nich zmíním blíže v následujících kapitolách.

4.1.1 Formy terapie

Aktivizační programy se opírají o různé druhy terapie. Obecně lze vymezit terapeutické přístupy jako „takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu).“ (Kozáková, 2006 str. 41)

Všechny terapie by se měly řídit předem ujasněnými pravidly. Terapie probíhá v určitém institucionálním prostředí, má časovou strukturu a určitou organizační formu (individuální, skupinovou atd.). Důležitá je i orientace terapeuta, která musí být odpovídající. Dle Kozákové (2006) by terapeutický přístup i metody práce měly mít předem ujasněnou koncepci. Důležité je také přizpůsobit terapii věku klientů, symptomům a příčinám jejich potíží. Terapie bývají zaměřeny jak léčebně, tak i preventivně a rehabilitačně. To znamená, že kromě dosažení prospěšné změny, může být současně zmenšováno riziko vzniku a rozvoje dalších potíží a také napomáháno v úpravě směrem k původnímu stavu.

Často užívanými terapeutickými přístupy v aktivizačních programech jsou arteterapie, ergoterapie, canisterapie, muzikoterapie. Zajímavým přínosem může být i reminiscenční terapie. O těchto terapiích se zmíním blíže.

Arteterapie

Arteterapie je uznávána a praktikována jako dílčí nebo samostatná psychoterapeutická metoda. Název vznikl spojením latinského slova „ars“, které znamená umění, a řeckého slova „thérapeia“, které označuje léčbu, léčení. Arteterapii lze definovat v širším a užším smyslu. V širším smyslu znamená léčbu uměním souhrnně za využití všech možných druhů umění. Většina současných autorů však vychází z pojmu arteterapie dle užšího obsahu. Z tohoto hlediska lze arteterapii definovat jako druh terapie, ve které převládají výtvarné aktivity jako výrazové prostředky a jsou zde obsaženy i různé grafické, malířské a modelovací techniky. (Kořínková–Vindušková, 2001)

Arteterapie může sloužit k řešení emocionálních konfliktů a podpořit sebevědomí a osobnostní růst člověka. (McDonald, In Kořínková–Vindušková, 2001) Prostřednictvím arteterapie může klient vyjádřit své pocity, které často slovy nelze vyjádřit nebo o kterých člověk neví, protože jsou uloženy hluboko v nitru. Terapeut tak má možnost proniknout do některých osobnostních rysů klientů, které jsou jinak jen těžko rozpoznatelné, a může identifikovat problémy klienta.

V nejširším rámci můžeme rozlišovat arteterapii pasivní, kdy na sebe necháváme působit výtvarná díla v galeriích apod., a aktivní, ve které sami výtvarně tvoříme.

Dále rozeznáváme formy arteterapie:

- Individuální – často se využívá u autistických pacientů, zejména dětí k prolomení autistické bariéry.
- Kolektivní – větší seskupení klientů, které je náhodné. Důraz je kladen na činnostní aspekt a spontánní tvořivost, výtvar se dále nevyhodnocuje. Lze polemizovat o tom, zda se v tomto případě stále jedná o arteterapii. Často jsou tyto aktivity nazývány termínem ergoterapie.

- Skupinová – jedná se o uzavřenou skupinu, jejíž složení není náhodné. Složení skupiny je spoluurčováno věkem, typem onemocnění, jeho průběhem apod. (Kořínková – Vindušková, 2001)

Dle Matouška (1995, In Kořínková–Vindušková, 2001) může tento druh terapie pomoci všem lidem, kterým činí slovní vyjadřování potíže, což jsou např. lidé trpící psychózami, dospívající, děti, starší lidé a lidé mentálně handicapovaní.

Využití arteterapie je velmi široké a lze ji uplatnit u všech věkových kategorií.

Ergoterapie

Často také nazývána jako léčba prací. Dle Hartla a Hartlové (2000) je to pracovní terapie, která může napomoci procvičování motorických dovedností, trpělivostí a schopností. Rozlišují ergoterapii psychologickou a orgánovou. Za psychologickou ergoterapii je považována každá tělesná nebo duševní činnost u člověka postiženého úrazem nebo nemocí, která pomáhá překonávat depresivní nálady, existenční obavy, pesimismus, snižuje úzkost apod. Orgánová ergoterapie je pak tělesná činnost zlepšující postiženou část těla.

Prostřednictvím ergoterapie vytváří klienti užitečné věci, které mohou darovat svým blízkým nebo mohou být prodány a z utržených peněz nakoupeny pomůcky pro všechny klienty domova. Nejčastěji je ergoterapie provozována jako keramická dílna, tkaní apod.

Muzikoterapie

Hartl a Hartlová (2000, str. 331) definují muzikoterapii jako psychoterapeutickou techniku, která „navozuje pomocí hudby zážitky, které pacienta nebo klienta přeladují do lepšího stavu.“

Muzikoterapie využívá tedy hudby nebo hudebních prvků (zvuku, rytmu, melodie, ...). Tuto terapii provádí kvalifikovaný muzikoterapeut a může být určena buď pro jednotlivého klienta zvlášť, nebo pro celou skupinu.

Cílem muzikoterapie je rozvinutí schopností nebo navrácení funkcí jedince, stejně jako prevence, rehabilitace a léčba. Tímto je docíleno uspokojení tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. (Lipský, 2009)

Mezi techniky muzikoterapie patří hudební improvizace (spontánní vytváření hudby pomocí hry na tělo, zpěvu a hudebních nástrojů), zpěv písní (napomáhá zlepšit artikulaci, rytmus řeči, dechovou kontrolu, memorování, rozšiřování slovní zásoby, zapojuje percepční, motorické, emocionální a kognitivní funkce), poslech hudby (podporuje vyjádření myšlenek a pocitů, usnadňuje navázání kontaktu, komunikaci a interakci mezi terapeutem a klientem), hudební vystoupení (zahrnuje funkci nácvičku a realizaci vystoupení; při nácvičce je možné využít instrumentální, vokální a pohybové aktivity). K dalším technikám patří pohybové aktivity při hudbě (rozvíjejí rozsah pohybů, senzomotorickou koordinaci, svalovou sílu, vytrvalost, respiraci, kreativní vyjadřování pohybem), dechová cvičení při interaktivní hudbě (zvláštní technika, kdy jsou klienti vedeny k pomalým a pravidelným dechovým vzorcům, které jsou synchronizovány s rytmem a tempem poslouchané hudby), hudba a imaginace (poslech hudby v relaxovaném stavu za účelem rozvinutí buď spontánních imaginací nebo představ na dané téma určené terapeutem).

<http://www.muzikoterapie.cz/?p=muzikoterapie>

Canisterapie

Jedná se o léčebný kontakt psa a člověka. Podle zaměření lze dělit canisterapii na aktivity za pomoci psa (zaměřuje se na zlepšení kvality života klienta a obecnou aktivizaci za pomoci přirozeného kontaktu člověka a psa), terapii za pomoci psa (je podpůrnou metodou celkové rehabilitace klienta, kdy úkoly určuje odborník v podobě fyzioterapeuta, psychologa, speciálního pedagoga apod.) a vzdělávání za pomoci psů (využívání pozitivních vlivů psů na žáky se specifickými potřebami nebo jako součást zážitkové pedagogiky). <http://www.canisterapie.cz/cz/>

Práce při canisterapii je zaměřena na rozvoj citových, rozumových a pohybových schopností a také na relaxaci. Canisterapie má jednak pozitivní psychické účinky, ale je možné ji využít i jako podporu léčby zdravotních problémů.

<http://www.canisterapie.cz/cz/>

Canisterapeut a pes mnohdy mohou zastupovat roli rodinných příslušníků, protože bývají pro klienta jedinou návštěvou. Canisterapie je využívána u klientů tělesně postižených, mentálně postižených, klientů v rehabilitaci i jinak nemocných. Klienty mohou být ale také zdraví lidé, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci. Terapie je ručena pro klienty jakéhokoli věku v nejrůznějším prostředí (sociální, vzdělávací, a zdravotnická zařízení, rodina klienta apod.).

Reminiscenční terapie

Reminiscence je vybavování událostí ze života člověka, které může probíhat buď o samotě nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí. Reminiscenční terapie probíhá formou rozhovoru terapeuta se seniorem (nebo skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě a dřívějších aktivitách, prožitých událostech, získaných zkušenostech apod. Často jsou u této terapie využívány podněty v podobě starých fotografií, předmětů, pomůcek užívaných dříve v domácnosti apod.

(<http://www.rezidencnipece.cz/archiv/casopis/0801.pdf>)

Tato terapie není vhodná pro všechny. Zejména pro lidi, kteří jsou ve svém současném životě nešťastní, může mít větší smysl, když slyší o aktuálním dění kolem sebe a nesoustředí se na minulost. Významný efekt má reminiscence pro osoby s demencí, u kterých může cílené využití reminiscenčních aktivit přispět ke zlepšení jejich kognitivních funkcí. (<http://www.rezidencnipece.cz/archiv/casopis/0801.pdf>)

Mezi metody podporující vzpomínání patří verbální metody (využívání slov v ústní i písemné podobě), neverbální nebo-li kreativní metody (vyjádření vzpomínek pomocí těla či výtvarných prostředků). (<http://www.rezidencnipece.cz/archiv/casopis/0801.pdf>)

V práci se seniory v domovech pro seniory může využití vzpomínek napomoci k zlepšení jejich psychického, funkčního a zdravotního stavu, usnadnit přechod z původního bydliště do nového domova a stát se tak významnou metodou zvládnání adaptačního procesu.

4.1.2 Pohybové aktivity

Pro seniory jsou vhodnými formami pohybu pomalé, vědomé, klidně a soustředěně prováděné pohyby. Dle Štilce (2004) jsou vhodné také doteky na povrchu těla, poklepy, masáže a automasáže. Důležitá jsou také koncentrační a relaxační cvičení, která ovlivňují emocionalitu člověka a psychicky stabilizují organismus.

Program cvičení pro seniory musí poskytovat radost a psychické uvolnění. Společné cvičební hodiny jsou důležité nejen po stránce pohybové, ale zejména společenské a motivační.

Mezi základní funkce oblasti vhodné pro cílené ovlivňování patří dýchání, držení těla, chůze, sezení, rotační pohyb páteře, tělesné a psychické uvolnění. (Štilec, 2004)

Pohybové aktivity mohou být v domovech pro seniory vykonávány jak formou cíleného cvičení, tak v rámci fyzioterapie. Důležitou součástí pohybových aktivit jsou také procházky.

Dle Rheinwaldové (1999) jsou pravidelně cvičící staří lidé zdravější a cítí se lépe jak fyzicky, tak duševně. Snadněji se pohybují, zvládají různé úkony a mohou se v určitých činnostech zlepšovat. Tím je zvyšováno jejich sebevědomí a upevňován pocit zdravého Já.

4.2 Metodické postupy tvorby a realizace programů

Aby měly aktivizační programy žádoucí účinek, je nutné dodržovat určité zásady a postupy. Aktivizační programy by měly být zaměřeny na člověka jako celek, tedy brát v úvahu aspekty biologické, fyziologické, sociální i psychologické a dle toho k člověku přistupovat.

Rheinwaldová (1999) zdůrazňuje, že úspěch jakéhokoli programu závisí na třech požadavcích:

- nadšení personálu
- tvořivé přípravě programů
- připravenosti obyvatel.

Přístup personálu k aktivizačním programům není zanedbatelný. Pokud nebudou zaměstnanci pro program nadšení a nedají do jeho tvorby energii, pak se program může minout účinkem. Klienti poznají, jaký přístup má personál k těmto činnostem a pokud zjistí, že je jim to spíše na obtíž, pak pro ně programy nebudou mít pozitivní přínos a raději se jich nebudou účastnit. Úspěch programu se tedy odvíjí od motivace a nadšení celého personálu.

Tvořivá příprava programu je velmi důležitá. Program by měl být pro klienty zábavný a zároveň přínosný. Přispěje to i k jejich motivaci se programu znovu účastnit. Klienti by také měli mít možnost se k programu aktivně přispívat a sami se rozhodovat co budou dělat. Nezbytné je také vycházet z potřeb a zájmů obyvatel a v neposlední řadě přihlídnout k možnostem domova – např. zda jsou pro dané aktivity vhodné prostory.

Senioři mají rádi určitý řád. Avšak řád přizpůsobený jim, ne více potřebám personálu, jak tomu mnohdy je. Zvláště u větších akcí je důležité, aby byly oznámeny dopředu a klienti se na ně mohli řádně připravit.

Rheinwaldová (1999) upozorňuje na nezbytnost vytvořit plán péče, který by měl být vypracován pro každého jednotlivce zvlášť. Podle tohoto plánu lze pak vybírat činnosti tak, aby vyhovovaly potřebám a zájmům klientů. Je nutné zaměřit se na podporu a využití silných stránek jedince prostřednictvím terapeuticko-zábavné činnosti. Dojde tak ke snížení úzkosti, deprese a frustrace ze zdravotních nebo sociálních situací.

Rheinwaldová (1999) považuje za zásady při vytváření programu následující: Program musí být pestrý. Zahrnuje plánování společenských a jiných účelových činností a to jak pro jednotlivce, tak pro skupiny. Aktivity musí být navrženy tak, aby činily život smysluplnější, aby udržovaly a maximálně stimulovaly fyzické, mentální, společenské a emoční schopnosti obyvatel, nemusí nutně léčit neschopnost. Plán je nutné stanovit na den, týden, měsíc a rok. U každé aktivity musí být pravidelně hodnocena její vhodnost. Při plánování je tedy důležitá pružnost – programy dle potřeby obměňovat novými. Je důležité si neustále uvědomovat, že nejdůležitějším faktorem je zájem obyvatel, ne personálu.

Nezbytná je také motivace a to nejen klientů domova pro seniory, ale také zaměstnanců, kteří aktivizační programy provádějí. Někteří zaměstnanci si stěžují na malý zájem klientů o nabízené programy. Důvodem může být:

- řád, který panuje v mnohých domovech pro seniory a slouží více personálu než obyvatelům
- starší lidé se bojí experimentovat s novými zážitky
- starší člověk se cítí ve svém pokoji bezpečný a jistý
- strach z cizích lidí, které neznají nebo obava, že tam bude někdo, koho nemají rádi
- někteří klienti se neradi účastní skupin s obyvateli, jejichž zdravotní stav je horší než jejich. Děsí je, že i oni mohou být jednou v podobném stavu. (Rheinwaldová, 1999)

Není třeba se hned do aktivit zapojit. Měla by být možnost si vybrat: vyhnout se jí, pozorovat ji nebo se účastnit. Pracovnice by nejdříve měla pozvat obyvatele, aby se přišli podívat. Účast je třeba ocenit a odměnit. Důležité je také předem informovat, co se bude dělat, kde se skupina sejde, jak dlouho bude trvat, co obyvatelé získají (naučí se, protáhnou se, pobaví se apod.).

Nutné je pracovat i s ležícími obyvateli, kterým se často dostává jen základní péče. Je nutné zprostředkovat těmto lidem pouto s okolním světem a stimulovat je, byť i jen svou přítomností. Důležité je přemýšlet o možnostech všech obyvatel a každému dát příležitost využít i těch sebemenších schopností, které má.

Štílec (2004) uvádí následující zásady pro vedení cvičebních lekcí:

- Cvičitel by měl znát specifika práce s tělesným zatížením, mít obecné povědomí o fyziologických změnách a psychice stárnoucího organismu, být trpělivý, ochotný a řešit věci nad rámec tělovýchovného procesu.
- Důležité je znát základní zdravotní charakteristiky svých svěřenců a vést si jejich stručnou evidenci. Náročnost cvičení by pak měla odpovídat zdravotní a výkonnostní úrovni cvičenců.

- Cvičební lekce by měly probíhat v dopolední době, kdy jsou senioři obvykle čilí.
- Při zatěžování staršího organismu musí cvičitel respektovat individuální možnosti, každý cvičí podle svých zdravotních dispozic a momentálních možností.
- Při cvičebním procesu je třeba motivovat, chválit, povzbuzovat a mít trpělivost.
- Dbáme na soulad pohybu s dechovou frekvencí, který vede cvičence k hlubšímu prožitku, prohlubuje důvěru k vlastnímu tělu.
- Využíváme hudební doprovod, který udává rytmus a vytváří pohodu při cvičení.

4.3 Význam aktivizačních programů

Rheinwaldová (1999) uvádí, že vylepšením faktorů jako je výživa, aktivita, způsob myšlení, životní styl a životní prostředí se vylepší i naše „problémy stáří“. Pichaud a Thareauová (1998) zdůrazňují kladný vliv vhodné duševní a tělesné aktivity na funkční změny a prodloužení aktivního věku.

Domov pro seniory by měl svým klientům poskytovat nejen důstojné bydlení a zdravotní péči, ale také moderní prevenci patologického chátání (fyzického i duševního). Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, pomáhat lidem žít, bavit se, mít se na co a z čeho těšit. V neposlední řadě je důležité napomáhat vyplňovat dlouhé dny, které tráví senioři v mnoha zařízeních nehybně, odevzdání svému osudu čekající na jídlo a léky. (Rheinwaldová, 1999)

Moderní přístup ke stárnutí a péči o seniory vidí člověka jako komplexní dynamický proces, který má do určité míry schopnost regenerace. Činností jsou funkce lidského těla i mysli posilovány, udržovány a rozvíjeny, kdežto nečinností se ztrácejí. Kvalitní program je vysoce terapeutický a je důležitý pro duševní i fyzický stav seniora.

V minulosti byl běžný lékařský model péče v domovech pro seniory, kde byly přehlíženy základní lidské potřeby (potřeba soukromí, osobní prostor, svoboda výběru). Člověk byl více méně degradován na věc. V současné době se začíná stále více prosazovat aktivní stáří. Senioři jsou povzbuzováni a podporováni. Dle Rheinwaldové (1999) napomáhá takto skutečnost k udržení pocitu Já, sebeúcty a k nutné motivaci žít a být zdravý. Prostředí, ve kterém starý člověk žije, musí poskytovat prostor k životu, možnost udržení si sebeúcty a funkčnosti i při fyzických ztrátách. Jen tak v něm člověk může důstojně ukončit běh svého života.

Kozáková a Müller (2006) považují aktivitu za jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů. Aktivita všeobecně přispívá k větší životní spokojenosti seniorů, která se odvíjí od kladného subjektivního prožitku z dobře vykonané práce, dobrých rodinných vztahů apod. Prospěch aktivity je také v tom, že přispívá k udržení tělesné a duševní výkonnosti (např. trénink paměti, posilování fyzické kondice, tvořivosti, myšlení apod.) a v neposlední řadě také ke smysluplnému zapojení seniora do společnosti.

5. Cíle průzkumu a formulace hypotéz

Stárnutí populace je celospolečenským problémem, který je neustále diskutován. Se vzestupem životní úrovně a zdravotní péče se zvýšil i věk, kterého se lidé dožívají. Život v dnešní společnosti je však hektický. Přednost často dostává před rodinným životem kariéra.

Dříve se o seniory, jejichž soběstačnost byla omezená, starala jejich rodina. Dnes už tomu tak není. Lidé si mnohdy nemohou z finančních důvodů dovolit zůstat doma a starat se o starého člověka. Někdy se zkoušejí střídat v péči s ostatními rodinnými příslušníky a chodit i do práce. Tato situace ale často vyústí v rodinné neshody a stresové situace. Mnohdy tedy nezbyvá nic jiného, než umístit seniora do domova pro seniory.

Do domova ale odcházejí senioři i dobrovolně když zjistí, že už nejsou natolik soběstační, aby si běžné denní potřeby zajistili svépomocí.

V dřívějších letech bývaly domovy pro seniory spíše jakými zdravotnickými zařízeními, kde lidé jen leželi a bylo postaráno o jejich základní fyziologické potřeby. Dnes se však tento model mění. Je propagován zdravý životní styl a aktivní stárnutí a to nejen v domovech pro seniory, ale u všech seniorů.

Klienti domova pro seniory jsou často omezeni svým zdravotním stavem. Proto i jim by měly být přizpůsobeny aktivizační programy. Cílem této práce je zmapovat možnosti aktivního stáří ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně.

V praktické části práce bude zkoumána tato výzkumná otázka:

„Jsou klientům ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně nabízeny programy aktivního stáří a jakými aktivitami jsou tyto programy naplňovány?“

6. Charakteristika výzkumného vzorku

K realizaci svého výzkumu jsem oslovila 6 domovů pro seniory v městě Brně. Dva z těchto domovů se spoluprací souhlasili. Vybrané domovy jsem nejdříve několikrát navštívila, abych se seznámila s chodem domova pro seniory. Posléze jsem vedla rozhovor se zaměstnanci, kteří mají v daném domově na starosti tvorbu a realizaci aktivizačních programů nebo mají k této problematice, vzhledem ke své pracovní pozici v domově, blízko. Vzhledem k tomu, že v každém domově pro seniory je omezený počet těchto zaměstnanců, provedla jsem rozhovor se všemi.

Z každého ze dvou vybraných domovů pro seniory byl proveden rozhovor s pěti zaměstnanci, kteří mají na starosti tvorbu a realizaci aktivizačních programů nebo mají k této problematice, vzhledem ke své pracovní pozici v domově, blízko. Pro zachování anonymity jsou respondenti označeni „respondent 1 – 10“. Respondenti z Domova pro seniory Kosmonautů jsou označeni písmenem „a“, z Domova pro seniory Okružní písmenem „b“

Respondent 1a: Žena, která pracuje 2 roky v domově pro seniory na pozici pracovník sociální péče – výchovná činnost. Absolvovala odborný kurz pro nepedagogicko výchovnou činnost.

Respondent 2a: Žena, jejíž pracovní pozice v domově pro seniory je pracovník sociální péče – výchovná činnost. Na této pozici pracuje rok a začala zde dělat po absolvování rekvalifikačního kurzu výchovná činnost.

Respondent 3a: Žena pracující dva roky v domově na pozici pracovníka sociální péče pro výchovnou činnost. Aby mohla tuto pozici vykonávat, absolvovala odborný kurz pro výchovnou činnost.

Respondent 4a: Žena, která vystudovala fyzioterapii a pracuje v domově na této pozici dva roky.

Respondent 5a: Fyzioterapeutka, která tento obor vystudovala a v domově pracuje na pozici fyzioterapeutky čtyři roky.

Respondent 6b: Žena, která absolvovala rekvalifikační kurz pro výchovnou činnost a sanitářský kurz. Pracuje v domově 2 roky na pozici pracovník sociální péče- výchovná činnost.

Respondent 7b: Žena pracující v domově na pozici pečovatelky. V domově pracuje 11 let, na této pozici je 2 roky. Absolvovala sanitářský kurz a rekvalifikační kurz na aktivizaci, pro handicapované a děti.

Respondent 8b: Žena, jejíž pracovní pozicí v domově je pracovník sociální péče – výchovná činnost. Je absolventkou pedagogické fakulty, obor speciální pedagogika. V domově pracovala rok na pozici pečovatelky, rok pracuje na pozici pracovníka sociální péče- výchovná činnost.

Respondent 9b: Žena pracující v domově po dobu 10 let na pozici pečovatelka. Aby mohla tuto pozici vykonávat, absolvovala sanitářský kurz, rekvalifikační kurz pro výchovnou činnost.

Respondent 10b: Žena, která v domově pracuje 5 let na pozici pečovatelky. Absolvovala sanitářský kurz a další vzdělávací kurzy týkající se její profese.

6.1 Domov pro seniory Kosmonautů

Jedná se o příspěvkovou organizaci, která byla zřízena Statutárním městem Brno. Domov je umístěn v sídlištní zástavbě v sedmipodlažním panelovém domě, který byl upraven aby splňoval nároky na provoz domova. V okolí objektu je oddechová zóna pro klienty, kde je altán, lavičky apod.

Součástí tohoto domova je i domov se zvláštním režimem. Služby domova pro seniory jsou určeny občanům, kteří dosáhli důchodového věku rozhodného pro přiznání

starobního důchodu a v důsledku svého zdravotního stavu mají sníženou soběstačnost a v základních aktivitách každodenního života potřebují pomoc jiné osoby.

Režim Domova se zvláštním režimem je pak přizpůsoben specifickým potřebám osob, které dosáhly důchodového věku a mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění, stařecké, Alzheimerovy a ostatních typů demence a potřebují pravidelnou péči jiné osoby.

Domov je rozdělen na 3 oddělení. Každé oddělení má k dispozici jídelnu, čajovou kuchyňku, ošetrovnu a koupelnu. Kapacita domova je 119 lůžek, přičemž 78 lůžek je určeno pro Domov se zvláštním režimem.

Posláním domova pro seniory Kosmonautů je poskytovat pobytové služby a sociálně zdravotní péči. Seniorům je umožněno rozhodovat o dalším způsobu jejich života tím, že je služba plánována individuálně. Klientům je poskytována taková míra podpory, která zachovává a rozvíjí jejich schopnosti a snižuje závislost na poskytované službě.

Důraz je kladen i na podporu přirozené vazby na rodinu, přátele a místní komunitu. Prostřednictvím sociálních služeb umožňuje domov pro seniory žít seniorům běžným způsobem života při zajištění nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života.

Mezi cíle Domova pro seniory Kosmonautů patří zajištění vhodných podmínek klientům pro prožití důstojného stáří v prostředí, ve kterém se budou cítit dobře a bezpečně. Za důležité je považováno i napomáhání k sociálnímu začleňování klienta prostřednictvím podpory kontaktu s rodinu a vrstevníky, vytvářením kulturních programů, poskytováním duchovních služeb. Domov pro seniory nabízí aktivizační činnosti, které napomáhají k zachování dosavadních schopností, dovedností a soběstačnosti klienta po co nejdelší dobu. Aktivizační programy jsou zajišťovány 3 ergoterapeutkami a 2 fyzioterapeutkami.

6.2 Domov pro seniory Okružní

Domov pro seniory Okružní je umístěn v klidném prostředí a je obklopen pěknou zahradou. Jeho služby jsou určeny seniorům a osobám se zdravotním nebo tělesným

postižením, od 55 let věku, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a chronického onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Kapacita domova je 57 bytů určených pro 66 obyvatel. Byty jsou vybaveny vestavěnými skříněmi v předsíni, kuchyňským koutem, nábytkem, záclonami, lůžkovinami, přípojkou na telefon a kabelovou televizi. Klienti si mohou do bytů dovézt i svůj nábytek a zařídit si tak byty podle sebe, aby se v nich cítili jako doma. Osm z těchto 57 bytů je určeno pro manželské páry.

Domov poskytuje ubytování i základní péči a vytváří podmínky pro rozvoj kulturního a společenského života a zájmové činnosti obyvatel. Klientům je poskytována podpora tak, aby mohli žít běžným způsobem života v bezpečném prostředí a zároveň jsou motivováni k prožívání aktivního života.

Posláním domova je: „ V našem domově pro seniory pomáháme našim klientům hledat cesty k překonání obtíží života ve stáří a podporujeme jejich aktivní a důstojný život“. (<http://www.okr.brno.cz>)

Součástí tohoto domova pro seniory je i Centrum denních služeb. Je určeno pro seniory, kteří žijí ve vlastní domácnosti a jsou částečně soběstační nebo seniory žijící se svou rodinou, která se o ně stará, ale nemůže jim zabezpečit dostatečnou celodenní péči. Cílem denního centra je zmírnit negativní následky vlivů stárnutí v oblasti soběstačnosti, podpořit psychickou a fyzickou kondici seniorů a zkvalitnit jejich život i život rodin, které o ně pečují.

Aktivizační programy jsou nabízeny v rámci Centra denních služeb a zajišťují je dvě pracovnice sociální péče – výchovná činnost ve spolupráci se třemi pečovatelkami. Tyto programy jsou určeny pro klienty Centra denních služeb i pro obyvatele domova pro seniory.

7. Použité metody

Data pro zpracování empirické části diplomové práce byla získána na základě kvalitativního výzkumu.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy testů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2005, str. 48)

Jako výzkumnou metodu jsem zvolila strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Dle Hendla (2005) je rozhovor směsí toho, co je a co si o tom respondent myslí. Otázky rozhovoru byly pro všechny respondenty stejné. V úvodu byly uvedeny otázky zjišťující základní údaje o respondentech, ostatní otázky pak směřovaly ke zjištění výzkumného cíle. Všichni respondenti byli seznámeni s tím, že jejich odpovědi jsou anonymní a budou použity jen pro zpracování v mé diplomové práci.

Pro hladší průběh rozhovoru jsem se otázky naučila nazpaměť a do papíru s otázkami nahlížela jen bylo-li to nezbytně nutné. Odpovědi respondentů jsem, s jejich souhlasem, zaznamenávala na diktafon. Domnívám se, že tato forma zaznamenávání odpovědí, je vhodnější, protože se zapisováním odpovědí rozhovor nezdržuje a může mít plynulý průběh. Což je jistě lepší i pro samotného respondenta.

V empirické části práce jsou uvedeny také informace získané pozorováním při návštěvách vybraných domovů pro seniory.

8. Prezentace výsledků

Informace, které jsem z rozhovorů získala, budou nyní prezentovány a interpretovány.

První otázky rozhovoru byly směřovány k získání základních informací o daných zaměstnancích. Na základě takto získaných informací uvádím v kapitole 5.2.3 krátké charakteristiky respondentů.

Další otázky rozhovoru se už týkaly problematiky aktivizačních programů, jejich tvorby, zájmu klientů o tyto aktivity apod.

1. Co si představujete pod pojmem aktivizace?

Respondent 1a: „Jsou to různé aktivity, kterými se aktivují senioři, aby se zlepšila jejich soběstačnost a snažíme se tak zachovat jejich schopnosti a uspokojit psychické, fyzické i sociální potřeby.“

Respondent 2a: „ Je to program pro seniory, kterého se rádi účastní a je pro ně nejen zábavný, ale i prospěšný.“

Respondent 3a: „.....aktivní činnost, něco se seniory dělat, aby se zlepšili nebo aspoň udrželi jejich schopnosti a dovednosti.“

Respondent 4a: „ Jde o to aktivovat seniory, aby se, v rámci možností, zlepšila jejich soběstačnost při běžných denních činnostech nebo aspoň dosáhnout toho, aby se nezhoršovali a zůstávali ve stejném stavu jako jsou teď.“

Respondent 5a: „ Jsou to různé programy, hry, cvičení pro seniory.“

Respondent 6b: „ Jedná se o různorodou činnost. Například trénink mozku, arteterapie, muzikoterapie, čtení denního tisku, četba povídek, vycházky, hraní her. Důležitá je i komunikace s klienty.“

Respondent 7b: „Když to vezmu ze své pracovní pozice v domově, tak jde o to aktivovat seniory, aby žili dál podle jejich potřeb běžným životem, aby nestrádali, neměli pocit, že nejsou potřební.“

Respondent 8b: „Je to maximální využití schopností a dovedností daného klienta, individuální přístup k němu.“

Respondent 9b: „...záměrná činnost, která pomůže seniorům se udržovat.“

Respondent 10b: „...jde o to vést je k tomu, aby něco dělali, aby byli soběstační.“

Všichni respondenti se shodli na tom, že pojem aktivizace značí různorodé činnosti a programy pro seniory. Sedm z deseti respondentů pak zdůrazňuje vliv aktivizačních programů na soběstačnost klienta, jejich dovednosti a schopnosti.

2. Jaké druhy aktivizačních činností a služeb jsou klientům nabízeny?

Respondent 1a: „...cvičení, buď jen tak protáhneme tělo nebo pak s nimi cvičí terapeutka, hodně s nimi komunikujeme, chodíme za nimi na pokoje číst knížky nebo si jen popovídat. Chodíme s nimi na procházky, občas pořádáme výlety, účastní se společenských akcí. Dále mají možnost pracovat s keramikou, šít, vyšívát, tkát, různé cvičení na hrubou i jemnou motoriku, na paměť. To vše je buď v rámci každodenního dopoledního programu ve společenské místnosti a nebo jsou i různé odpolední akce, pracujeme s klienty na pokojích apod.“

Respondent 2a: „...například keramika, vyšívání, kognitivní činnosti, různé akce, výlety, chodí sem s programem děti ze základních škol, kreslení, práce na stavech. Je toho spousta.“

Respondent 3a: „Třeba různé společenské akce, výtvarné techniky, šití, tkaní, výlety, trénink paměti a různé jiné hry. Pokud mají zájem mohou si udělat i něco z keramiky. Dále pohybové aktivity, fyzioterapie. Někdy pomůže i jen si s klienty popovídat, proto se s nimi hodně snažíme mluvit“.

Respondent 4a: „...fyzioterapie, pohybové aktivity, výlety, procházky, arteterapie, společenské akce, čtení knih, kognitivní činnost.“

Respondent 5a: „Například různé činnosti na rozvoj motoriky, trénink paměti, výlety, společenské akce, komunikace, čtení, tkaní na stavu, šití, háčkování apod.“

Respondent 6b: „Těch je spousta. Máme vždycky nějaké činnosti zaměřené na svátky, například vánoce, velikonoce, letní slavnost, masopustní veselici, vánoční a mikulášskou besídku a podobně. Do domova dochází divadelní soubor. Máme zde knihovnu, jednou za týden je odpoledne kavárna, kde si lidé mohou posedět a popovídat. Jednou za měsíc je poslech vážné hudby, promítají se filmy. Mohou se zúčastnit her v tělocvičně, dokonce nám sem jednou týdně chodí cvičitelka jógy. Nebo navštěvujeme výstavy, pořádáme výlety. Samozřejmě se slaví narozeniny klientů. Mají možnost využít masáže, pedikúru, kadeřnici. Každé dopoledne je program pro seniory, kde zpíváme, hrají se různé hry na podporu paměti, jemné motoriky. Mohou si tady vyzkoušet různé výtvarné techniky, podle toho co koho baví. Také pro věřící je program bohoslužeb apod.“

Respondent 7b: „Z těch činností, které dělám já, je to třeba kognitivní trénink, testy paměti na počítači, vycházky, akce mimo zařízení, ať už kulturní nebo sportovní.“

Respondent 8b: „...rehabilitace, arteterapie, canisterapie, biblioterapie, kognitivní trénink, muzikoterapie, ergoterapie a jiné. I třeba různé kulturní akce, záleží na založení klienta.“

Respondent 9b: „... různé pohybové činnosti, muzikoterapie, kognitivní trénink, společenské akce. Naši klienti můžou využít i kadeřnictví, pedikúru. Mohou se zúčastnit divadelních představení, která jsou tady v domově. Nebo chodíme na vycházky, výstavy, jezdíme na výlety. Každý den dopoledne je pro ně organizovaná činnost, kde si můžou vyzkoušet různé výtvarné techniky. Je toho spousta a hodně se to mění, teď si na všechno asi nevzpomenu.“

Respondent 10b: „Záleží na situaci a na rozpoložení a zdravotním stavu klientů. Mají možnost využít programu, který se koná každé dopoledne, zúčastnit se různých

kulturních akcí, vycházek, výletů. Slavíme narozeniny. Máme různé besídky a oslavy podle svátků v roce nebo ročního období. Mohou jít na zahradu, kterou nám pomáhají udržovat. Mají možnost pohybových aktivit.“

Shrneme-li výpovědi jednotlivých respondentů, lze obecně říci, že jsou v domovech pro seniory nabízeny hlavně tyto činnosti:

- Pohybové aktivity, fyzioterapie
- Účast na společenských akcích
- Výlety, procházky
- Terapie – muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, biblioterapie
- Keramická dílna, tkalcovské stavy
- Trénink paměti, hry a úkoly na rozvoj jemné a hrubé motoriky
- Možnost zapojit se do práce na zahradě
- Bohoslužby
- Přednášky, besedy, vystoupení dětí ze ZŠ, divadelní představení
- Komunikace s klienty
- Tématicky zaměřené činnosti – velikonoce, vánoce apod.

3. Jsou aktivizační programy určeny pro všechny klienty bez ohledu na jejich zdravotní stav?

Respondent 1a: „ Samozřejmě, že jsou určeny pro všechny klienty, ale klienti s horším zdravotním stavem se jich často neúčastní, i když se je také snažíme zapojit.“

Respondent 2a: „Každý člověk tady má individuální plán, který je sestaven ve spolupráci s lékaři a pracovníky sociální péče. Dle tohoto plánu pak postupujeme, případně ho upravujeme. Snažíme se tedy zapojit všechny klienty.“

Respondent 3a: „Ano, snažíme se aktivizovat všechny klienty dle jejich možností“.

Respondent 4a: „Ano, ale většinou se programů účastní ti zdravější. Ale snažíme se zapojit i ty více nemocné, pracujeme s nimi třeba na pokoji apod.“

Respondent 5a: „Ano, snažíme se aktivovat všechny klienty. Když ale nechtějí, nutit je nemůžeme. Spíš se v takových případech snažíme hledat oporu v rodině“.

Respondent 6b: „, Ano, snažíme se zapojit všechny klienty dle jejich možností“

Respondent 7b: „, ...ano, například vozíčkáře sem vždy dovezeme. Většinou tu jsou ale klienti soběstační a vystačí si sami. Víte, u nás se programů účastní spíše ti méně soběstační klienti. Klienti, kteří jsou více soběstační, nechtějí nemocné klienty vidět. Bojí se, že jednou skončí jako oni. Proto se účastní jen některých programů, jinak si vyhledávají aktivity samostatně.“

Respondent 8b: „, Snažíme se zapojit i méně soběstačné lidi i lidi méně postižené, zkrátka všechny seniory.“

Respondent 9b: „, Všichni klienti jsou v rámci svých možností zapojováni do aktivit.“

Respondent 10b: „, Ano, možnost účastnit se programů nabízíme všem. Soběstační klienti se jich ale většinou neúčastní, protože se nechtějí setkávat s méně soběstačnými seniory.“

Všech 10 respondentů potvrdilo, že všichni klienti domova pro seniory mají možnost účastnit se nabízených aktivizačních programů. Tři respondenti uvedli, že se programů účastní spíš více soběstační klienti a klienti s lepší zdravotním stavem. Naopak dle dvou respondentů se programů účastní spíše méně soběstační klienti a klienti více soběstační nebo zdraví si naopak aktivity vyhledávají raději svépomocí.

4. Jsou, prostřednictvím aktivizace, naplňovány fyzické, psychické a sociální potřeby klientů?

Respondent 1a: „,Aby byly uspokojeny všechny potřeby klientů, provádíme aktivizaci podle individuálního plánu, který má každý klient“.

Respondent 2a: „,Ano, snažíme se naplánovat aktivity tak, aby byly uspokojeny všechny potřeby seniorů.“

Respondent 3a: „Ano, i proto vycházíme z individuálního plánu každého klienta...“

Respondent 4a: „Myslím si, že nabízíme tolik činností, že jsou veškeré potřeby naplňovány.“

Respondent 5a: „Snažíme se přizpůsobit aktivizaci potřebám jednotlivých klientů. Takže aktivizační programy jsou uskutečňovány nejen ve skupinách, ale i individuálně na pokoji.“

Respondent 6: „Myslím si, že většina potřeb klientů je prostřednictvím aktivizace naplněna.“

Respondent 7: „Přizpůsobujeme aktivity tak, aby byly naplněny všechny potřeby klientů.“

Respondent 8: „Ano, máme zde tolik rozmanitých činností a díky nim, jsou potřeby klientů naplněny.“

Respondent 9: „Ano, snažíme se plán aktivizace přizpůsobit tak, aby byly naplněny všechny potřeby klientů.“

Respondent 10: „To je i naším cílem uzpůsobit aktivizaci tak, aby byly naplněny všechny potřeby klientů. Zvláště pak ty, které si klienti nezvládnou naplnit sami.“

Všichni respondenti uvedli, že cílem aktivizačních programů je naplňovat všechny potřeby klientů. Dva z respondentů z jednoho domova pro seniory zdůraznili, že jsou aktivizační programy plánovány podle individuálních plánů každého klienta a tak je dosaženo uspokojení jeho potřeb. Čtyři z uvedených respondentů uvádějí, že se snaží jednotlivé aktivity naplánovat tak, aby byly přizpůsobeny potřebám klientů. Tři z respondentů se domnívají, že množství nabízených aktivit určitě pokryje všechny potřeby klientů.

5. Jakým způsobem a na jak dlouhé období předem je tvořen plán aktivizace?

Respondent 1a: „Vždycky v pondělí si s kolegyněmi sedneme a domluvíme se na plánu na celý týden. Ten pak samozřejmě přizpůsobujeme podle situace a nálady klientů.“

Respondent 2a: „Každý týden, vždycky v pondělí, si řekneme, co bude náplní dalších dní. Jen větší akce jsou plánovány s předstihem, aby se stihly zařídit a klienti se na ně mohli připravit.“

Respondent 3a: „Aktivity plánujeme vždycky na týden. Pak se to samozřejmě může změnit. V pondělí při plánování nemůžeme tušit jaká bude nálada ve středu a zda pro klienty nebude lepší jiný druh aktivity.“

Respondent 4a: „Vždycky se v pondělí domluvíme na aktivity na celý týden. Co se fyzioterapie týče, vycházíme i z individuálních plánů, které jsou krátkodobé i dlouhodobé.“

Respondent 5a: „Většinou je program vždy na týden. Akorát větší akce se plánují s předstihem. Já mám na starosti hlavně fyzioterapii a cvičení s klienty, to se hodně přizpůsobuje i momentálnímu zdravotnímu stavu klientů. Někdy si místo cvičení s lidmi jen povídám, protože to zrovna potřebují víc.“

Respondent 6b: „Plán je měsíční. Jen dlouhodobé akce, například na podzim jezdíme s klienty do vinného sklípku, což je hodně oblíbené (smích), se plánují víc dopředu. Jinak je to dle situace. I podle toho, jak třeba kdo přijde, co by chtěl dělat nebo nám někdo z venku něco nabídne.“

Respondent 7b: „Na každý měsíc je rozpis akcí. Jinak v týdnu plánujeme dlouhé čtvrtky, které jsou jednou za týden a tam je třeba promítání, nebo i sportovní. Jednou do týdne je naplánovaná kavárnička, kde si klienti mohou popovídat“

Respondent 8b: „Plány jsou tvořeny na měsíc. Snažíme se aktivity střídat, aby byly pestré a pokryly všechny složky, jak pohybovou, mozek, ruce apod.“

Respondent 9b: „Plány jsou měsíční. Dopolední dílna, kterou máme každý den, se přizpůsobuje podle situace a podle domluvy s klienty.“

Respondent 10b: „Plány akcí se plánují vždycky na následující měsíc. Pak máme akce, které se opakují, třeba jednou týdně je kavárnička, to už klienti většinou vědí.“

Plánování aktivizačních programů se u vybraných domovů pro seniory liší obdobím, na které jsou tyto aktivity plánovány. Respondenti z jednoho domova pro seniory se shodli na tom, že je aktivizační program plánován vždy na jeden týden. Delší aktivity pak jsou, dle těchto respondentů, plánovány dlouhodoběji. Ve druhém domově pro seniory je, dle respondentů, plán aktivit vytvořen vždy na měsíc.

Všichni uvádějí, že změny jsou vyhrazeny, dle momentální nálady a situace.

6. Kde hledáte inspiraci pro tvorbu programu?

Respondent 1a: „Hodně věcí čerpáme z internetu, z knih. Pak taky podle toho, jak to dělají jinde.“

Respondent 2a: „No, hlavně z internetu a z knih.“

Respondent 3a: „Nejvíce nápadů najdeme většinou na internetu, pak také máme nějakou literaturu“

Respondent 4a: „Většinou z internetu, z knih, taky z toho co dělají jinde.“

Respondent 5a: „Asi nejvíce z internetu, možná knihy.“

Respondent 6b: „Máme povinnost se sebevzdělávat, takže z různých seminářů, taky z internetu, knížek. Chodíme se dívat i do jiných domovů pro seniory jak to dělají tam.“

Respondent 7b: Hlavně z internetu, od jiných domovů pro seniory, různých informačních letáků“

Respondent 8b: „Hodně čerpáme z internetu. Tam jsou i některé programy, které můžeme využít tady – například trénink paměti. To je fajn. Taky máme nějaké knihy a chodíme na stáže do jiných domovů.“

Respondent 9b: „Asi nejvíc z internetu a také se chodíme dívat do jiných domovů“

Respondent 10b: „Největší studnice nápadů je internet, pak taky z různých seminářů, knih, z jiných domovů pro seniory“

Všichni respondenti se shodli, že nejvíce nápadů nacházejí na internetu, dále pak z knih a ze stáží v jiných domovech pro seniory.

7. S jakými překážkami se setkáváte při tvorbě a realizace aktivizačních programů?

Respondent 1a: „Asi zdravotní stav obyvatel. Mnozí by se chtěli zúčastnit různých aktivit a programů, ale nemůžou. Také asi nedostatečné prostory. Máme jen malou dílničku, kam se moc lidí nevejde. Chybí tady velká společenská místnost. Programy se většinou konají v jídelnách, které jsou malé. Možná ještě málo sponzorů, protože bez nich nemůžeme pořádat různé výlety apod.“

Respondent 2a: „Asi zdravotní stav klientů a také finanční stránka věci.“

Respondent 3a: „Řekla bych že omezené prostory. A také zdravotní stav klientů. Mnozí z nich by se chtěli účastnit více aktivit, ale nemůžou“.

Respondent 4a: „S neochotou některých klientů účastnit se aktivit, zdravotní stav klientů a také nedostatečné prostory.“

Respondent 5a: „Zdravotní stav klientů, můžeme je motivovat aby se programů účastnili, ale nemůžeme je nutit. Pak taky když jdeme na společenské akce, tak nemůžeme vzít více klientů naráz, protože jedeme MHD a tam se moc vozíčků nevejde.“

Respondent 6b: „...překonat obavy seniorů z komplikací. Také finanční omezení. Když zaplatí vše co mají, tak jim moc financí nezůstane a hodně přemýšlí jestli ty peníze dát třeba za vstup na výstavu. Proto se snažíme vymýšlet věci méně finančně náročné a finančně náročnější akce platíme ze sponzorských darů.“

Respondent 7b: „Asi ve zdravotním stavu respondentů. Třeba pohybově dobří klienti mají Alzheimerovu chorobu.“

Respondent 8b: „Kdyby bylo více financí, mohli bychom dělat dražší projekty. Dále taky zdravotní stav klientů, oni by se rádi chtěli aktivit účastnit, ale mnohdy nemůžou. A také čas. Hodně těch více soběstačných klientů má svůj program dne a někdy nemají čas účastnit se akcí a programů, které pořádáme.“

Respondent 9b: „Myslím si, že nejvíce asi ve zdravotním stavu klientů.“

Respondent 10b: „Občas asi nezáměr ze strany klientů, ale hlavně jejich zdravotní stav, kvůli kterému se nemohou do nabízených aktivit zapojit“.

Všichni respondenti se shodli, že překážkou při tvorbě a realizaci aktivizačních programů, je zdravotní stav klientů. Mnozí klienti by se do aktivit rádi zapojili, ale zdravotní stav jim to neumožňuje.

Čtyři z respondentů pak zmínili finanční stránku jako překážku při tvorbě aktivizačních programů. Při větším množství financí by, dle svých slov, mohli plánovat více aktivit nebo více finančně náročné aktivity.

Tři respondenti z jednoho domova pro seniory označili jako překážku při tvorbě a realizaci programů nedostatečně velké a vybavené prostory, ve kterých by se aktivity mohly konat.

8. Kdo zajišťuje aktivizační program?

Respondent 1a: „My to tady máme rozdělené tak, že pečovatelky se starají hlavně o zajištění základních fyziologických potřeb klientů, jako je hygiena, strava apod. Aktivizační programy jsou zajišťovány pracovníci sociální péče – výchovná činnost ve spolupráci s fyzioterapeutkami.“

Respondent 2a: „Zajišťují je pracovníci sociální péče pro výchovnou činnost, dříve se jim říkalo ergoterapeutky. Při zajišťování jim pomáhají fyzioterapeutky.“

Respondent 3a: „Pracovníci sociální péče pro výchovnou činnost a spolupracujeme hodně s fyzioterapeutkami. Dá se říci, že naše práce se vzájemně prolíná.“

Respondent 4a: „Fyzioterapeutky ve spolupráci s ergoterapeutkami.“

Respondent 5a: „Zajišťují ji ergoterapeutky spolu s fyzioterapeutkami. Naše práce se hodně prolíná.“

Respondent 6b: „... jsou to pracovníci denního centra, což jsou sociální pracovníci pro výchovnou činnost a s některými aktivitami pomáhají i pečovatelé.“

Respondent 7b: „...pracovníci denního centra za pomoci pečovatelů.“

Respondent 8b: „...hlavně pracovníci denního centra, pomáhají i pečovatelé. Dříve tu bývala sociální pracovníce, která nás vedla. Ale ta tedy teď už není, tak navazujeme na zajeté koleje...“

Respondent 9b: „...hlavní práce je na pracovnících denního centra, což jsou pracovníci sociální péče pro výchovnou činnost. Pomáhají ale i někteří pečovatelé.“

Respondent 10b: „... s některými aktivitami pomáhají někteří z pečovatelů, ale hlavně je zajišťují pracovníci denního centra, tedy pracovníci pro sociální péče pro výchovnou činnost.“

Všichni respondenti uvedli, že tvorbu a realizaci aktivizačních programů zajišťují zejména pracovníci sociální péče – výchovná činnost. V jednom domově pro seniory s těmito pracovníky na tvorbě programů spolupracují fyzioterapeutky, ve druhém pak některé z pečovatelek.

9. Podílí se na tvorbě plánu a realizaci i samotní klienti?

Respondent 1a: „No víte, tady je to dáno i tím, že my jsme i domov pro seniory se zvláštním režimem, takže tady jsou i těžce nemocní klienti a ti se většinou aktivizačních programů neúčastní, u nich probíhá jen fyzioterapie. Většinou tvoříme program my, podle individuálních plánů klientů, klienti samotní nic nerealizují.“

Respondent 2a: „.....někdy si řeknou, že by se chtěli někam podívat, ale spíše ne. Spíše je to hlavně na nás a jsme rádi, když se programu aspoň zúčastní.“

Respondent 3a: „...ono to záleží hlavně na zdravotním stavu klientů. Aktivizační program sestavujeme hlavně my, klienti si jen výjimečně řeknou co by chtěli.“

Respondent 4a: „Spíše ne. Oni jsou na tom zdravotně hodně špatně, tak jsme rádi, že se aktivit aspoň účastní.“

Respondent 5a: „Řekla bych že ne, tvorba a realizace je spíše na nás.“

Respondent 6b: „...někteří klienti ano, třeba poslechové večery vážné hudby jsou hodně o tom co chtějí klienti poslouchat, sami si řeknou.“

Respondent 7b: „Ano, říkají si co, i sami pořádají. Třeba když hodně v životě cestovali, tak si řeknou, že by chtěli udělat besedu nebo přednášku a my jim pomůžeme to zorganizovat.“

Respondent 8b: „ano, někteří jsou aktivní. Klienti vedou i sami aktivitu. Třeba mívají přednášky na nějaké téma. Řeknou si, že by ji chtěli udělat a my jim to umožníme a pomůžeme jim. I třeba při oslavách narozenin jim pomáháme.“

Respondent 9b: „Ano, někteří z klientů si řeknou. Třeba tady máme jednu paní, která ráda maluje. Když něco tvoříme, tak jim dáme na výběr a oni si sami řeknou. Nebo i třeba najdou nějakou zajímavou výstavu a řeknou, že by se tam rádi podívali.“

Respondent 10b: „Někdy se klienti podílejí i na realizaci. A když chtějí nějakou aktivitu, tak si řeknou a my ji pak do programu zařadíme.“

V jednom z domovů pro seniory vytvářejí programy většinou zaměstnanci a jen ve výjimečných případech se na tvorbě, případně realizaci programu, podílí samotní klienti. Ve druhém domově si klienti jednak navrhují aktivity sami, ale také se podílejí i na jejich realizaci.

10. Jaký je zájem klientů o tyto aktivity?

Respondent 1a: „Já si myslím, že v mezích možnosti velký. I třeba klienti, kteří se neúčastní společenských aktivit, mají zájem o individuální aktivity.“

Respondent 2a: „Podle mě chodí většinou stále ti samí klienti. Ale snažíme se zapojit všechny. Ono to hodně záleží na spoustě věcí. Stačí, aby bylo pochmurné počasí nebo se jim zhoršil zdravotní stav, a už nemají o nic zájem.“

Respondent 3a: „...záleží na náladě, zdravotním stavu, na počasí. Řekla bych, že v rámci zdravotních možností našich klientů je zájem docela slušný.“

Respondent 4a: „...ono hodně záleží na klientech. Někteří mají zájem, jiní ne. Osobně mám takový poznatek, že ti, co byli zvyklí v životě něco dělat, tak se zapojí. Ti co nebyli, tak jen leží, nemají zájem a nic s nima nehne.“

Respondent 5a: „Já si myslím, že v rámci možností, je ten zájem docela velký. Ale záleží na více faktorech, třeba na počasí, zdravotním stavu, náladě. Třeba když se blíží vánoce, tak je to špatné, to máme co dělat.“

Respondent 6b: „Každodenní terapie se účastní 10-15 klientů, asi tak 50% využívá příležitostné aktivity. Ale třeba vánoční besídka se účastní celý domov.“

Respondent 7b: „...chodí většinou ti samí klienti, ale chodí jich dost.“

Respondent 8b: „Záleží jak kdy. Vliv má počasí, zdravotní stav. Někteří jsou vytíženější a nestíhají – ti schopnější, nechodí na vše, protože to nestíhají, mají svých aktivit dost. U těch méně soběstačných záleží hodně na zdravotním stavu.“

Respondent 9b: „Podle mě je zájem docela velký. Na některých aktivitách je méně lidí, na jiných víc. Záleží, co jak komu vyhovuje. Ne každou aktivitou se zavděčíme všem.“

Respondent 10b: „Záleží jak kdy, ale obecně bych řekla, že je zájem dost velký.“

Většina respondentů odpověděla, že zájem o aktivity pořádané pro klienty domova pro seniory je. Uvádějí však také, že záleží na více okolnostech. Například na zdravotním stavu klientů, jejich náladě, počasí.

11. Jakým způsobem jsou klienti motivováni k účasti na aktivitách?

Respondent 1a: „Když je to na každodenní dopolední program, tak vždy obcházíme pokoje a ptáme se všech. I těch, kteří se aktivit nezúčastňují. I těch, kteří pravidelně chodí. Oni na to čekají, když se jich nezeptáme, tak pak řeknou, že jsme pro ně nepřišli a proto se nezúčastnili. Hodně také záleží na empatii a programu. Jde o to udělat ho tak, by pro ně byl zábavný a chodili tam rádi.“

Respondent 2a: „My klienty obcházíme, říkáme jim co bude za program a nabízíme jim účast. Někteří jdou, jiní ne. Někdy třeba řeknou že nepřijdou a pak si to rozmyslí a ukáží se tam.“

Respondent 3a: „Snažíme se dělat programy tak, aby pro ně byly nejen prospěšné, ale i zábavné. A také je obcházíme a o všech akcích je informujeme.“

Respondent 4a: „Chodíme za klienty a probíráme s nimi aktivizační program. I individuální plány jsou dělány nejen na základě domluvy s lékařem a ošetřovateli, ale i s přispěním klienta. Když vůbec nespolupracují, snažíme se ve spolupráci s rodinou, u nich dělat aspoň fyzioterapii. Ale když nechtějí, tak je nutit nemůžeme.“

Respondent 5a: „Chodíme za klienty a zveme je na aktivity. Snažíme se ty programy dělat tak, aby pro ně byly zajímavé a zábavné. Pokud jsou to ležící pacienti, pak za nimi docházíme a ptáme se jich, co by chtěli dělat.“

Respondent 6b: „Před programem, který je každý den dopoledne, chodíme za každým osobně. Jinak dáváme na nástěnky letáčky s informacemi. Nástěnka je u vchodu. Teď opravují výtah a tam také bude nástěnka, kam můžeme dát informace o chystaných akcích.“

Respondent 7b: „Klienty, kteří chodí na každodenní aktivizační program do denního centra, upozorňujeme na další program a akce. Také myslím, že klienty hodně motivuje, že s nimi probíráme, co by chtěli dělat a podle toho aktivity plánujeme.“

Respondent 8b: „Při plánování a realizaci programů vycházíme z osobní životní zkušenosti a navazujeme na to, co člověk dělal třeba předtím. Dbáme, aby člověk dělal, co má rád. Zjistíme od každého klienta, co má rád, a navážeme na to.“

Respondent 9b: „Osobně je o programu a chystaných akcích informujeme. Také děláme informační letáčky, které dáme na místa, kam klienti nejčastěji chodí – tedy ke vchodu do domova, do výtahu, do jídelny, tady v denním centru je také.“

Respondent 10b: „Osobně je o akcích a programu informujeme. Ale hlavně se snažíme plánovat aktivity podle nich – dle toho co mají rádi, co by chtěli dělat apod. Když je budeme nutit dělat něco co nemají rádi nebo nechtějí, tak už neprijdou.“

Všichni respondenti se shodli na tom, že dobrou motivací je informovat osobně klienty o chystaných aktivitách. Většina respondentů se domnívá, že je důležitá i náplň programu. Pokud je náplň programu pro klienty zajímavá, rádi se ho zúčastní.

9. Diskuze

I v dnešní době je stále ještě možné slyšet od některých lidí, že domovy pro seniory jsou jen takovým „odkladištěm starých lidí, o které se nemá kdo postarat“. Dle Rheinwaldové (1999) stále ještě v některých domovech pro seniory převládá lékařský model. To znamená, že v péči o seniory je kladen důraz zejména na zdravotní péči a uspokojení základních fyziologických potřeb jako je hygiena, strava apod.

Tento lékařský model se začíná postupně měnit a domovy pro seniory propagují jako svůj cíl a poslání vytvořit svým klientům podmínky k prožití aktivního a důstojného stáří a nabídnout jim takové aktivizační činnosti, které pomohou k zachování schopností dovedností a soběstačnosti klienta.

Cílem mého průzkumu bylo zjistit, zda jsou klientům ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně nabízeny programy aktivního stáří a jakými aktivitami jsou tyto programy naplňovány. Průzkum byl proveden ve dvou vybraných domovech pro seniory a otázky jsem směřovala na pracovníky, kteří mají na starosti tvorbu a realizaci aktivizačních programů nebo mají, vzhledem ke své pracovní pozici, k této problematice velmi blízko.

První otázky jsem kladla s cílem získat základní informace o jednotlivých respondentech. Skrze jednotlivé činnosti aktivizačních programů by měl aktivizační pracovník reagovat na přání, zájmy, zkušenosti a potřeby klientů. Měl by nejen umět organizovat aktivity a činnosti, ale také umět navázat spolupráci se zaměstnanci domova, s klienty, jeho rodinou, s organizacemi, které lze v rámci těchto programů navštívit (divadla, výstavy apod.). Proto je důležité, aby tyto programy vedl vyškolený pracovník. Pracovníci na těchto pozicích by se i nadále měli vzdělávat a rozšiřovat si své znalosti a zkušenosti.

Mezi oslovenými zaměstnanci byly jen ženy. S muži jsem se na těchto pracovních pozicích nesetkala. Pět z oslovených respondentů pracuje v domově pro seniory na pozici pracovník sociální péče – výchovná činnost. Někdy jsou klienty a kolegy tyto pracovnice nazývány ergoterapeutky. Další dva respondenti pracují na pozici

fyzioterapeutky. Zbývající tři respondenti pak jako pečovatelky. Zajímavé je, že pouze jedna z pracovníků sociální péče – výchovná činnost má vystudovanou vysokou školu, obor speciální pedagogika. Šest z oslovených respondentů pak absolvovalo rekvalifikační kurz pro výchovnou činnost. Respondenti pracující na pozici fyzioterapeutek mají vystudovaný obor fyzioterapie. Většina respondentů pracuje v domově pro seniory na své pozici relativně krátkou dobu – většinou 1-5 let, jen jedna žena pracuje na této pozici delší dobu, a to 10 let.

Na základě rozhovorů a návštěv ve vybraných domovech pro seniory bylo zjištěno, že v jednom z domovů jsou aktivizační programy zajišťovány hlavně pracovníky sociální péče – výchovná činnost ve spolupráci s fyzioterapeutkami. Ostatní zaměstnanci pečují o uspokojení základních fyziologických potřeb klientů a o zdravotní péči. Pichaud a Thareauová (1998) však upozorňují, že na aktivizaci by se měli podílet všichni zaměstnanci, a to zejména animací každodenních aktivit jako je hygiena apod. Nejde tedy pouze o to, nabídnout klientům aktivizační programy, kterých se mohou zúčastnit, ale jedná se o celkový přístup ke klientovi.

Jak bylo uvedeno v kapitole 4, lze aktivizaci obecně chápat jako metodu intervence do života seniora jejíž cílem je uspokojení jeho potřeb (fyzických, psychických a společenských) a rozvoj či udržení klientových schopností a dovedností.

Další otázka na respondenty se týkala aktivizačních programů a jejím cílem bylo zjistit, co si respondenti představují pod pojmem aktivizace. Všichni respondenti se shodli na tom, že termín aktivizace značí různorodé činnosti a programy pro seniory. Sedm z deseti respondentů pak zdůrazňuje vliv aktivizačních programů na soběstačnost klientů, jejich dovednosti a schopnosti. Z odpovědí oslovených respondentů je vidět, že jsou v této oblasti vzděláni a mají představu o tom, co jsou aktivizační programy a proč jsou pro klienty důležité. I nadále je však nutné aby se v této činnosti zdokonalovali, učili se nové techniky práce s klienty a obohacovali se novými poznatky.

Při svých návštěvách v domovech pro seniory jsem se zúčastnila i některých aktivizačních programů. Dle mého názoru by mohla také být prospěšná supervize, která by mohla aktivizačním pracovníkům napovědět, co dělají správně a čeho se naopak mají vyvarovat.

Shrneme-li výpovědi jednotlivých respondentů, lze obecně říci, že jsou v domovech pro seniory nabízeny různé druhy terapie (muzikoterapie, ergoterapie, biblioterapie, canisterapie, fyzioterapie), dále pohybové aktivity, účast na společenských akcích (výstavy apod.), klienti mohou využít keramickou dílnu, pracovat na tkalcovských stavech. Dále jsou to různé hry zaměřené na trénink paměti, rozvoj hrubé a jemné motoriky, přednášky a besedy, tématicky zaměřené činnosti např. na svátky v roce (velikonoce, vánoce). Dbáno je i na spirituální stránku formou bohoslužeb a jiných duchovních služeb. Klienti jednoho z domovů se mohou zapojit i do údržby zahrady kolem domova. Respondenti upozorňovali také na důležitost komunikace s klienty.

Oba vybrané domovy pro seniory nabízí svým klientům aktivizační programy. Nejedná se jen o jednotlivé činnosti, ale o ucelený program. Nabízené aktivity zahrnují široké spektrum činností. Tyto aktivity jsou buď pravidelné – např. každý den dopoledne aktivizační program, jeden den v týdnu kavárnička apod. Nebo si klienti mohou sami podle nálady jít např. vyrábět do keramické dílny, tkát na pokoji na malém stavu apod. Programy jsou plánovány na určité období dopředu. V jednom domově pro seniory jsou programy chystány vždy na každý týden, ve druhém se aktivity plánují na měsíc předem. Inspiraci pro tvorbu programů čerpají respondenti zejména z internetu, dále pak z knih a ze zkušeností jiných domovů pro seniory.

Programy nabízené v těchto dvou domovech pro seniory jsou určeny pro všechny klienty bez ohledu na jejich zdravotní stav. I přesto, že zdravotní stav uvedli všichni respondenti jako největší překážku při tvorbě a realizaci programů.

Zajímavé je zjištění, že v domově pro seniory, kde je více nemocných a nesoběstačných klientů, mají o aktivizační programy zájem spíše klienti více soběstační a méně nemocní. Ostatní pacienti leží na pokojích, kde jsou aktivováni většinou fyzioterapií, četbou knih, tkaním na malém stavu nebo si s nimi zaměstnanci povídají.

Kdežto v domově, ve kterém je více soběstačných klientů, je zájem hlavně ze strany klientů s omezenou soběstačností. Dle slov jedné z pracovnic klienti, kteří jsou soběstační, nechtějí vidět nemocné klienty, protože „se bojí, že skončí jako oni“. Účastní se proto jen některých aktivit, kde je přítomna většina obyvatel domova jako

např. vánoční besídky apod. Na tento důvod malého zájmu o aktivizační programy poukazuje i Rheinwaldová (1999) – viz. kap. 4.2.

Pro vytvoření kvalitního programu aktivního stárnutí je nutné začít od klientů, vycházet z jejich potřeb, zájmů, motivace. I z tohoto důvodu jsem zařadila do svého průzkumu otázku zda jsou prostřednictvím aktivizace naplňovány fyzické, psychické a sociální potřeby klientů. Všichni respondenti uvedli, že cílem aktivizačních programů je naplňovat všechny potřeby klientů. Dva z respondentů zdůraznili, že aktivity plánují dle individuálních plánů každého klienta a tak je dosaženo uspokojení jeho potřeb. Čtyři uvedli, že se snaží jednotlivé aktivity naplánovat tak, aby byly přizpůsobeny potřebám klientů. Tři se domnívají, že množství nabízených aktivit určitě pokryje všechny potřeby klientů.

Z odpovědí respondentů a informací získaných při mé návštěvě ve vybraných domovech pro seniory mohu potvrdit, že aktivizační programy vycházejí z potřeb a zájmů klientů. V domovech pro seniory je hodně klientů a každý může mít odlišné potřeby, zájmy. Jedna nabízená aktivita tedy nemusí vyhovovat všem klientům. I z tohoto důvodu nabízí oslovené domovy pro seniory širokou škálu skupinových i individuálních aktivit.

Odrazem toho, zda jsou nabízené aktivity kvalitní a zda zaměstnanci umějí motivovat klienty, je i účast klientů na těchto aktivitách. Většina respondentů vypověděla, že zájem o pořádané aktivity je. Všichni se ale shodují, že záleží na více okolnostech, jako je např. zdravotní stav klientů, jejich momentální nálada, počasí.

Všichni respondenti motivují klienty k účasti tak, že je osobně informují a zvou na jednotlivé aktivity. Klienti se o aktivitách také mohou dovědět z informačních letáčků, kteří zaměstnanci vyvěšují na místa, ve kterých se klienti nejvíce zdržují. Pokud klient nespolupracuje, pokouší se zaměstnanci o aktivaci ve spolupráci s rodinou. Jak bylo uvedeno v kapitole 4.2., důležitá je i tvořivá příprava programů. Program by měl být pestrý. Zároveň by se činnosti neměli měnit velmi často, protože senioři se rychlým změnám hůře přizpůsobují. Stále stejný obsah však může začít klienty nudit a přestanou se ho zúčastňovat. Proto by se programy měly měnit, ale ne velmi často a změna by měla být pozvolná.

Z odpovědí respondentů a na základě pozorování ve vybraných domovech pro seniory soudím, že podíl klientů na tvorbě plánu a realizaci aktivizačních programů záleží na zdravotním stavu klientů daného domova. V domově, kde bylo více soběstačných klientů, pořádají aktivity i sami klienti (např. přednášky apod.) za přispění aktivizačních pracovníků. Ve druhém domově, ve kterém bylo více nemocných a nesoběstačných seniorů se jejich podíl na tvorbě a realizaci programů zúžil na volbu, co by chtěli dělat. Většinou však vycházeli z nabídky aktivizačních pracovníků.

Cílem mého průzkumu bylo zjistit, zda jsou klientům ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně nabízeny programy aktivního stáří a jakými aktivitami jsou tyto programy naplňovány. Z výpovědí respondentů a z návštěv ve vybraných domovech pro seniory mohu potvrdit, že klientům jsou v těchto domovech nabízeny programy aktivního stáří a jsou naplňovány širokým spektrem aktivit. Tyto programy jsou omezeny možnostmi domova pro seniory. Aktivity musí být, kromě potřeb a zdravotnímu stavu klientů, přizpůsobeny i např. prostorám, které má domov k dispozici.

Problematická se jeví i personální oblast. Každý z těchto dvou vybraných domovů má sice zaměstnance zajišťující aktivizační programy, ale v každém z vybraných domovů je to jen pět osob. Přičemž v jednom domově se této problematice věnují tři pracovníce sociální péče pro výchovnou činnost, ve druhém jen dvě. Ostatní zaměstnanci, kteří se zajištěním aktivit pomáhají, pracují primárně na jiné pozici (fyzioterapeutky, pečovatelky). Domnívám se, že na takový počet klientů, kteří jsou v domovech, je tento počet nedostačující. Ostatní zaměstnanci domova vykonávají pečovatelskou nebo zdravotnickou činnost a jsou natolik vytížení, že mohou být jen málokdy v aktivizačních programech nápomocni. Domovy pro seniory se sice snaží nabízet svým klientům možnost prožít aktivní stáří, na druhou stranu jsou ale omezeny finančními i personálními prostředky.

Výzkum byl proveden na deseti respondentech ze dvou domovů pro seniory. Původně jsem plánovala udělat výzkum ve více domovech pro seniory, ne všechny domovy mi však vyšly vstříc. Samotný počet respondentů je pak dán tím, že jsem se chtěla zaměřit hlavně na zaměstnance domovů pro seniory, kteří mají na starosti tvorbu a realizaci programů aktivního stáří. Myslím si, že by mohlo být zajímavé v jiném průzkumu

zjistit, zda názory zaměstnanců na programy aktivního stáří, kteří se přímo touto problematiku zabývají, jsou stejné jako názory ostatních zaměstnanců.

10 Závěr průzkumu

Ve dvou zvolených domovech pro seniory v městě Brně jsou klientům nabízeny programy aktivního stáří. Jedná se o ucelené programy, které jsou naplňovány širokou škálou aktivit. S ohledem na prostorové a jiné vybavení a možnosti domovů pro seniory se zaměstnanci snaží o co nejpestřejší nabídku těchto aktivit.

Programy jsou zajišťovány pracovníky, kteří jsou přímo určeni k tvorbě a realizaci těchto programů. Pracovníci jsou v tomto oboru vzděláni většinou formou odborného kurzu zaměřeného na nepedagogickou výchovnou činnost. Zájem klientů o tyto aktivity je různý. Záleží na zdravotním stavu klientů a dalších okolnostech jako je např. počasí, momentální nálada apod. Zaměstnanci se snaží klienty k účasti motivovat a vytvářet programy tak, aby pro ně byly zábavné i prospěšné.

Závěr

Cílem mé práce bylo zmapovat možnosti aktivního stáří ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně. Praktická část práce je zaměřena na zjištění výzkumné otázky: „Jsou klientům ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně nabízeny programy a aktivního stáří a jakými aktivitami jsou tyto programy naplňovány?“

Aktivizační programy mají, pro duševní i tělesný stav seniorů, velký význam. Napomáhají k větší životní spokojenosti seniorů, k zachování jejich schopností a dovedností. Mohou také naplnit dlouhé dny, které senioři v domovech pro seniory tráví.

Přemístění seniora do domova pro seniory je velkou zátěžovou situací. Člověk se musí vzdát svého dosavadního bydliště, zvyknout si na nové lidi, jiný režim. V minulosti se často stávalo, že senioři posedávali na chodbách domovů pro seniory a nudili se. Byla jim poskytována zdravotnická a pečovatelská péče, ale nebyl jinak vyplněn jejich volný čas. V současné době propaguje většina domovů pro seniory aktivní přístup ke stáří a nabízí svým klientům aktivní prožití jejich života v domově.

Pro zjištění odpovědi na výzkumnou otázku jsem vycházela z informací získaných rozhovory se zaměstnanci dvou vybraných domovů pro seniory. Původně jsem oslovila více domovů, ale jen tyto dva se spoluprací souhlasily. V těchto vybraných domovech jsem své otázky směřovala zejména na zaměstnance, kteří se přímo podílí na tvorbě a realizaci aktivizačních programů. Domovy pro seniory sice propagují, že nabízejí aktivizační programy tvořené a realizované školenými pracovníky, těchto pracovníků je však, v poměru počtu klientů, málo.

Ve své práci jsem došla k závěru, že ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně jsou nabízeny programy aktivního stáří, které jsou naplňovány širokou škálou aktivit. Tyto programy jsou tvořeny a realizovány v rámci možností daných domovů. Záleží vždy na prostorových možnostech a vybavení domovů, personálním zabezpečení apod. V neposlední řadě také na klientech těchto domovů. Aktivizační programy nemohou být klientům nuceny, pak by mohly ztratit svůj význam. Aby měly tyto aktivity pro klienta

příznivý vliv, měl by se jich účastnit dobrovolně. I proto je dbáno na to, aby programy vycházely z potřeb a přání klientů. Při svých návštěvách ve vybraných domovech pro seniory a rozhovorech se zaměstnanci jsem zjistila, že se, v mezích možností, snaží klienty motivovat k účasti na různorodých aktivitách a přizpůsobovat tyto aktivity tak, aby byly pro klienty zábavné i prospěšné.

Resumé

Tématem této diplomové práce je „Podpora aktivního stáří v domovech pro seniory“. Cílem mé práce je zmapovat možnosti aktivního stáří ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně.

Práce je rozdělena do 10 kapitol. První kapitola je věnována pojmu stáří, druhá je zaměřena na specifické potřeby ve stáří a tělesné, psychické a sociální změny ve stáří.

Sociálními službami, které jsou zaměřené na seniory, se věnuje kapitola třetí. Objasnění pojmu aktivizace, druhy aktivizačních programů, metodické postupy jejich tvorby a realizace a význam těchto programů je specifikován ve čtvrté kapitole.

Na tuto teoretickou část navazuje vlastní průzkum, který je zaměřen na zjištění výzkumného cíle: „Jsou klientům ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně nabízeny programy aktivního stáří a jakými aktivitami jsou tyto programy naplňovány?“ Cíle průzkumu jsou blíže popsány v kapitole 5. Kapitola šestá pak obsahuje charakteristiky výzkumného vzorku a to jak vybraných domovů pro seniory, tak i respondentů, se kterými byl proveden rozhovor. Více k použitým metodám výzkumu je popsáno v kapitole sedmé. Výsledky výzkumu jsou prezentovány v kapitole osmé, na kterou navazuje diskuze. Závěr průzkumu je pak shrnut v desáté kapitole.

Anotace

Tématem této diplomové práce je „Podpora aktivního stáří v domovech pro seniory“. Cílem práce je zmapovat možnosti aktivního stáří ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně. Práce je rozdělena do dvou částí – teoretické a praktické.

V teoretické práci jsou charakterizovány pojmy jako je stáří, specifické potřeby ve stáří, změny ve stáří, sociální služby zaměřené na seniory a aktivizace.

Cílem druhé, praktické, části práce je zjistit, zda jsou klientům ve vybraných domovech pro seniory v městě Brně nabízeny programy aktivního stáří a jakými aktivitami jsou tyto programy naplňovány.

Klíčová slova

Stáří, domovy pro seniory, aktivní stáří, potřeba

Annotation

The theme of this diploma thesis is “The support of Active Old Age at Rest Homes”. The goal of the thesis is to find out the possibilities of active old age in selected rest homes in the city of Brno. The thesis is divided into two parts – theoretical part and practical part.

There are described terms as old age, specific needs and changes during the old ages, social services focused on old people and activation in the theoretical part of the thesis.

The goal of practical part of the thesis is to find out if there are offered programs of active old age in the rest homes in the city of Brno and which activities are offered.

Key words

Old age, rest homes, active old age, need

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Ďoubal, S., Klemra, P., Filipová, M., & Dolejš, J. (1997). Teoretická gerontologie. Praha: Karolinum.
- Haškovcová, H. (2002). Manuálek sociální gerontologie. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Hartl, P., Hartlová, H. (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál, s. r. o.
- Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál.
- Jurečková, P. (2002). Aktivizace seniorů v domovech důchodců. Nepublikovaná bakalářská práce. Brno: Masarykova Univerzita.
- Kozáková, Z., & Müller, O. (2006). Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Matoušek, O. (2003). Slovník sociální práce. Praha: Portál.
- Mühlpachr, P. (2004). Gerontopedagogika. Brno: Masarykova Univerzita.
- Nakonečný, M. (2003). Úvod do psychologie. Praha: Academia.
- Pacovský, V. (1990). O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum.
- Pichaud, C., & Thareauová, I. (1998). Soužití se staršími lidmi. Praha: Portál, s. r. o.
- Rheinwaldová, E. (1999). Novodobá péče o seniory. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o.
- Schirmacher, F. (2005). Spiknutí metuzalémů: stáří má zelenou!. Praha: Knižní klub.
- Stuart-Hamilton, I. (1999). Psychologie stárnutí. Praha: Portál, s. r. o.
- Štilec, M. (2004). Program aktivního stylu života pro seniory. Praha: Portál, s. r. o.
- Tošnerová, T. (2002). Ageismus: průvodce stereotypy a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti.
- Vágnerová, M. (2007). Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Praha: Karolinum.
- zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Internetové zdroje:

Databáze českého statistického úřadu [cit. 2009-09-10]. Počet obyvatel v ČR. Dostupné z

http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?cislotab=DEMCU001&&kapitola_id=370&voa=tabulka –

Janečková, H., Holmerová, I., Vaňková, H, & Kašíková, T. (2008). Reminiscenční terapie a její využití při práci se seniory. Rezidenční péče [online]. 4 (1) [cit. 2010-01-09]. Dostupný z WWW: <<http://www.rezidencnipecce.cz/archiv/casopis/0801.pdf>>

Kantor, J. Muzikoterapie-popis některých muzikoterapeutických technik [online]. In Muzikoterapie. Cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům, c2007 [cit. 2009-10-24]. Dostupné z WWW: <http://www.muzikoterapie.cz/?p=muzikoterapie>

Kořínková-Vindušková, K. (2001). Pojem arteterapie. Arteterapie [online]. 1 (1) [cit. 2009-08-10]. Dostupný z WWW: <<http://casopiscaa.wz.cz/cas01.htm>>

Léčebné účinky canisterapie [online]. In Pomocné tlapy o.p.s. – canisterapie, c.2009-2010 [cit. 2010-01-09]. Dostupné z WWW: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/lecebne-ucinky-canisterapie-9.html>

Lipský, M. (2009). Muzikoterapie a psychoterapie. Arteterapie [online]. 9 (19) [cit. 2010-01-09]. Dostupný z WWW: <<http://casopiscaa.wz.cz/cas19.htm>>

<http://www.kos.brno.cz> [cit.2009-12-13]

<http://www.okr.brno.cz> [cit. 2009-12-13]