

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

Aktivizace seniorů v rámci terénní služby Osobní asistence

Bakalářská práce

Autor: Karolína Křečková

Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Klimešová

Oponent práce: doc. PhDr. Iva Jedličková, CSc.



Zadání bakalářské práce

Autor: Karolína Křečková
Studium: P18P0147
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika se zaměřením na výchovnou práci v etopedických zařízeních

Název bakalářské práce: **Aktivizace seniorů v rámci terénní služby osobní asistence**

Název bakalářské práce AJ: Activation of seniors in the field of personal assistance services

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Hlavním cílem bakalářské práce je s oporou odborné literatury a vlastním empirickým šetřením popsat, jaké místo zaujímá aktivizace seniorů v terénní službě osobní asistence. Jaké metody se využívají a především, jak samotná aktivizace vyhovuje a pomáhá klientům této služby.

Charakter práce je teoreticko-empirický. Charakter empirického šetření je kvalitativní - strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Metody zpracování práce - literární, obecně logické, explorativní.

SMUTEK, Martin a Milan ŠVERĚPA, ed. *Sociální práce a sociální služby: výběr materiálů projektu Vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb na území Královéhradeckého kraje*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-105-6

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Lucie SMÉKALOVÁ. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8

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

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

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3

Garantující pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Klimešová

Oponent: doc. PhDr. Iva Jedličková, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 1.12.2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

V Hradci Králové dne 27. 4. 2022

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Michaelle Klimešové za užitečné rady a připomínky při psaní této práce.

Dále bych ráda poděkovala PhDr. Aleně Mockové, se kterou jsem konzultovala obsahovou stránku práce, a také všem respondentům za ochotu poskytnutí rozhovorů pro empirickou část této bakalářské práce. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a blízkým za podporu během mého studia.

Anotace

KŘEČKOVÁ, Karolína. *Aktivizace seniorů v rámci terénní služby Osobní asistence*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2022. 55 s. Bakalářská práce.

Cílem bakalářské práce je prozkoumat povědomí klientů terénní služby Osobní asistence o aktivizaci a také zjistit, jak jim aktivizace vyhovuje. Teoretická část se nejdříve zabývá sociálními službami, jejich legislativou a představením konkrétní služby Hewer, z.s. Dále se věnuje změnami ve stáří, stárnutím a potřebami seniorů. V neposlední řadě rozebírá pojem aktivizace a popisuje vybrané aktivizační metody. Empirická část bakalářské práce spočívá v rozhovorech s klienty Osobní asistence. Cílem výzkumu je zjistit, zda respondenti mají povědomí o aktivizačních činnostech, jestli jsou na službách prováděny, popřípadě jaké a zda jsou s nimi spokojeni. Výsledky práce poukázaly na to, že klienti o aktivizačních činnostech povědomí nemají i přesto, že jsou na službách prováděny. Nejčastějšími metodami využívanými k aktivizaci seniorů je reminiscence a pohybové aktivity.

Klíčová slova: sociální služba, osobní asistence, senior, stáří, aktivizace

Annotation

KŘEČKOVÁ, Karolína. *Activation of seniors in the field of Personal Assistance services*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2022. 54 pp. Bachelor thesis.

The aim of the bachelor's thesis is to examine the awareness of clients of the Personal Assistance field service about activation and also to find out how the activation suits them. The theoretical part first deals with social services, their legislation and the introduction of a specific service Hwera, z.s. It also deals with changes in old age, aging and the needs of seniors. Last but not least, it analyzes the concept of activation and describes selected activation methods. The empirical part of the bachelor thesis consists of interviews with Personal Assistance clients. The aim of the research is to find out whether the respondents are aware of the activation activities, whether they are performed on the services, or what and whether they are satisfied with them. The results of the work showed that clients are not aware of activation activities, even though they are performed on services. The most common methods used to activate seniors are reminiscence and physical activity.

Key words: social service, personal assistance, senior, old age, activation

Obsah

Úvod.....	10
1 Sociální služby.....	11
1.1 Rozvoj sociálních služeb v ČR.....	11
1.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	13
1.3 Terénní sociální služba.....	14
1.4 Osobní asistence.....	15
1.4.1 Hewer, z.s.....	16
2 Stáří a změny způsobené stárnutím.....	18
2.1 Sociální gerontologie.....	18
2.2 Stáří a změny způsobené stárnutím.....	18
2.3 Sebepečetí ve stáří a způsob jeho přijetí.....	22
2.4 Potřeby ve stáří.....	23
2.4.1 Role rodiny ve stáří.....	24
3 Aktivizace seniorů.....	25
3.1 Význam a přínos aktivizace.....	25
3.1.1 Aktivizační tým a plán.....	28
3.1.2 Motivace seniorů k aktivizaci.....	29
3.2 Vybrané typy aktivizace.....	29
4 Empirické šetření.....	35
4.1 Cíl výzkumu.....	35
4.2 Výzkumný vzorek.....	37
4.3 Metodologie výzkumu.....	39
4.4 Metoda sběru dat.....	39
4.5 Průběh empirického šetření.....	40
4.6 Analýza a interpretace dat.....	41
4.6.1 Dílčí výzkumná otázka I.....	41

4.6.2 Dílčí výzkumná otázka II.....	42
4.6.3 Dílčí výzkumná otázka III.....	44
4.6.4 Dílčí výzkumná otázka IV.....	47
4.7 Zhodnocení HVO a doporučení do praxe.....	49
4.7.1 Výsledek HVO.....	49
4.7.2 Doporučení do praxe.....	49
Závěr.....	50
Seznam použitých zdrojů.....	51
Přílohy.....	56

Seznam použitých zkratek

ACH - Alzheimerova choroba

ad. - a další

apod. - a podobně

atd. - a tak dále

DVO - dílčí výzkumná otázka

HVO - hlavní výzkumná otázka

OA - Osobní asistence, Osobní asistent

TO - tazatelská otázka

TT - Taneční terapie

tzn. - to znamená

tzv. - tak zvaný

Úvod

Tématem bakalářské práce jsou aktivizační činnosti jako součást terénní sociální služby Osobní asistence. Toto téma jsem si zvolila z důvodu, že již druhý rok pracuji na pozici osobní asistentky v královéhradecké pobočce Hewer, z.s. Díky tomu mám k vybranému tématu velice blízko a vidím v tom i možnost nabýt nových znalostí v oblasti, kterou pak využiji v práci.

Dle mého názoru je domácí péče nejlepší variantou pro psychický i fyzický stav uživatele. Jedná se o individuální přístup ke klientovi, a tak nemůže být péče zanedbána z důvodu kapacity. Fakt, že člověk může dožít ve svém domácím prostředí, je uklidňující, zanechává klientovi jeho důstojnost a dává pocit jistoty a bezpečí.

Cílem bakalářské práce je prozkoumat povědomí klientů Osobní asistence o aktivizaci, jakým způsobem probíhá a jak uživatelům vyhovuje. Bakalářská práce je teoreticko - empirického charakteru, členěná do čtyř kapitol. První kapitola se zabývá sociálními službami a konkrétní terénní službě Osobní asistenci. Také je zde popsán vývoj sociálních služeb v České republice, postupy, kterými se musí řídit a jsou uvedené v zákonech. A nakonec kapitoly je zde představen již zmíněný Hewer, z.s., odkud byli vybráni respondenti do praktické části práce. Druhá kapitola je věnována seniorům, jejich potřebám, sebepojetí ve stáří a změnám způsobené stárnutím. Objevuje se zde i stručný popis sociální gerontologie a jakou roli hraje rodina v životě seniorů. Třetí kapitola pojednává o samotné aktivizaci. Je zde popsán jak význam, tak i přínos aktivizačních činností. Před popisem vybraných aktivizačních metod je ještě zmíněn vhodný aktivizační tým a způsob plánování.

Empirické šetření je prováděno formou kvalitativního výzkumu. Základem praktické části jsou rozhovory s vybranými klienty Osobní asistence, konkrétně uživateli služeb Hewer, z.s. Jedná se o strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Otázky jsou rozděleny do čtyř bloků, kdy každý z nich je zaměřen na něco jiného. V prvním otázka míří na informovanost klientů v oblasti aktivizace. Druhý se týká samotné služby, třetí zjišťuje zkušenosti respondentů s aktivizací a poslední zkoumá, zda dotazovaní mají potřebu změny. Cílem výzkumu je zjistit povědomí klientů o aktivizaci, zda je na službách prováděna a jestli jim vyhovuje.

1 Sociální služby

Na začátku bakalářská práce představí důležité pojmy, které provází celou práci. První podkapitola je věnována rozvoji sociálních služeb v České republice, dále se práce zabývá terénní sociální službou. Představuje Standardy kvality v sociálních službách a následně se zaměřuje na Osobní asistenci, v rámci které představuje konkrétní sdružení Hewan, z.s.

1.1 Rozvoj sociálních služeb v ČR

Největší mezník v rozvoji sociálních služeb v České republice je určitě Sametová revoluce v roce 1989. Toto označení nese doba, kdy padl komunistický režim v Československu, a nastaly politické změny. Díky novému demokratickému systému došlo k rozvoji ve spoustě oblastí, včetně v oblasti sociálních služeb.

Před Sametovou revolucí se na sociální služby nehledělo a nebraly se za podstatné. Vše se dělilo pouze do dvou skupin. Na “Ústavy sociální péče”, tam spadaly veškeré pobytové instituce. V tomto období se však zcela lišila od pobytových zařízení, které známe dnes. V těchto letech se péče zaměřovala především na zdravotnickou stránku, tudíž veškerý personál byli zdravotníci. V těchto institucích byl velký problém se soukromím klientů, na které nebyl brán ohled. Bylo to dáno především mnohočetnými lůžky v jednom pokoji. Nebylo výjimkou být na osmnáctilůžkovém pokoji s tím, že sociální zařízení bylo společné na chodbě. Tato zařízení byla známá svým přísně daným režimem. Klienti měli jasně nastavené, kdy vstát, kdy se podává jídlo, kdy mají čas pro volnočasové aktivity atd. Využíval se zde tzv., „paternalistický přístup”, který se vyznačuje nadřazeným přístupem k druhé osobě. Nebyly tedy akceptovány individuální potřeby klienta a personál rozhodoval za ně. Další skupinou byly „Ostatní účelová sociální zařízení”, nejrozšířenější formou byla pečovatelská péče, avšak ta opět měla jinou podobu, než dnešní pečovatelská služba. Největší problém byl v tom, že neměla jasně nastavená pravidla legislativou, důsledkem byl fakt, že chyběl rozsah služby a nabídka činností této služby. Největší rozmach sociálních služeb nastal tedy po roce 1989. Bylo založeno několik nových neziskových zařízení, která se nezabývala pouze zdravotnickými problémy, ale zajímala se i o problémy sociálního charakteru. Tyto neziskové organizace doplňovaly již známé pobytové instituce. Šlo tedy převážně o ambulantní a terénní formu sociálních služeb.

Stále se nebralo ohled na kvalitu těchto služeb, která nebyla žádným způsobem kontrolována, a proto společně se zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vyšel v platnost v roce 2007 byly nastaveny tzv. „Standardy kvality sociálních služeb“. Těmto standardům podléhají veškeré formy sociálních služeb (Krhutová, 2013).

Dle Martina Scháněla (2007) to nejsou pouze standardy kvality, které jsou potřeba ke správnému rozvoji sociálních služeb. Uvádí, že existují dva nástroje pro nastavení fungujícího systému sociálních služeb. Jsou to již zmíněné Standardy kvality a tzv. Komunitní plánování. Díky těmto nástrojům by sociální instituce měly dosáhnout kvalitního pokrytí sociálních služeb v dané podobě a přitom by měly být finančně dostupné pro všechny.

Komunitní plánování vzniklo v 80. letech a v České republice se začalo nejvíce využívat v roce 2001, kdy se v Písku v rámci projektu „Podpora reformy sociálních služeb“ konalo první komunitní plánování. Díky němu se dá efektivně zjistit potřebnost sociální služby v dané oblasti (z pravidla to bývá obec či kraj). Aby bylo komunitní plánování efektivní, je potřeba aktivního zapojení obyvatelstva, nebo potenciálních uživatelů služeb (Smutek, Šveřepa, 2007).

Komunitní plánování má následující čtyři funkce:

1. Přípravná fáze - v první fázi se nastavují cíle, odpovídá se na otázky: Co? Kde? Jak? Vymezuje se zde čas na plánování a jeho pravidla. Je potřeba si také dopředu zajistit materiální, finanční i personální zdroje.
2. Analyticko-popisná fáze - v této fázi se zjišťuje současný stav služeb, aktuální trendy v oboru a samotný průzkum potřebnosti a poptávky služeb.
3. Fáze plánování - upřesňují se podmínky a dělí se zde úkoly. Dále zde hraje také finanční otázka (za kolik?). V neposlední řadě se nastavují hodnotící nástroje. Tato evaluace je přínosem pro další komunitní plánování.
4. Fáze realizační - v poslední fázi dochází k plnění nastavených úkolů. Hodnocení, co se povedlo a naopak nepodařilo, probíhá v průběhu.

Tyto fáze se navzájem prolínají a navazují na sebe. Po dokončení čtvrté fáze, ale opět nastává fáze č.1, která začíná druhé kolo komunitního plánování pro další období (Smutek, Šveřepa, 2007).

1.2 Standardy kvality sociálních služeb

V předchozí podkapitole je zmíněno, že ke správnému a efektivnímu nastavení sociálních služeb jsou potřeba dva prostředky, těmi jsou Komunitní plánování, které již zmíněná podkapitola vysvětluje, a Standardy kvality sociálních služeb.

Standardy jsou velice důležitým vodítkem k vykonávání sociální služby. Jak bylo řečeno v první podkapitole, standardy kvality se řídí veškeré sociální služby, tudíž i terénní sociální služba. Standardů kvality je celkem 15 a dělí se do tří skupin procesní, personální a provozní. Procesní standardy se zaměřují na práci mezi klientem a poskytovatelem. Patří sem prvních osm standardů:

Standardem č. 1 jsou Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, v tomto standardu jsou zahrnuté základní otázky. Co daná služba poskytuje, pro koho, kde, kdy a s jakým cílem. Velice důležitým standardem je Ochrana práv uživatelů, nejenže má klient stále svá práva, jedním z úkolů sociálního pracovníka je tato práva hájit a podporovat. Následující dva standardy č. 3 a č. 4 se týkají sjednání smlouvy mezi poskytovatelem a budoucím uživatelem. V přesném znění: Jednání se zájemcem o sociální službu a Smlouva o poskytování sociální služby. Pokud by se měl vyzvednout důležitý standard, bude to určitě standard pátý: Individuální plánování, jak bude probíhat daná sociální služba. Je důležité si uvědomit, že v oboru sociálních služeb jde především o klienta, tudíž i při sjednání samotné služby, je potřeba vyhovět požadavkům jak poskytovatelů, tak uživatelů. K tomu slouží tzv. Individuální plán, který se nastaví právě společně s klientem. Zohledňují se zde možnosti klienta, schopnosti i zdravotní stav. Standard č. 6 Dokumentace o poskytování sociální služby, jak samotný název napovídá, znamená to, že veškeré informace o budoucím uživateli musí být zaznamenány. Tyto záznamy jsou však uchovávány pouze pro potřebu poskytovatele a uživatele. To koresponduje s prvním standardem o ochraně práv uživatele. Předposlední standard v procesní oblasti se zabývá stížnostmi. Klient by měl být poučen, kde a jak může podat případnou stížnost na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Podání stížnosti by pro něj mělo být bezpečné, s tím souvisí také možnost podání stížnosti anonymně. Dostáváme se k poslednímu standardu této oblasti, který zní: Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje, pojednává o podpoře klienta setkávat se a využívat další služby jako jsou pošta, kadeřnictví, obchody ad.

Pod skupinu personálních standardů zahrnujeme pouze standard 9. a 10. Tyto standardy se zabývají samotnými poskytovateli sociálních služeb. První z uvedených standardů je Personální a organizační zajištění sociální služby a druhý Profesionální rozvoj zaměstnanců.

Do poslední, provozní oblasti patří těchto pět standardů. V první řadě je to Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby. Poskytovatel sociální služby určí čas a místo, kde lze službu využívat. Uživatel potřebuje jasné informace o dané službě, s tím souvisí standard č. 12 Informovanost o poskytované sociální službě, tyto informace by se měly objevit jak na webových stránkách, tak např. v novinách, na letácích atd. Následující standard se zabývá přímo prostředím, kde je služba vykonávána. Prostředí by mělo být bezpečné, vybavené a vyhovující pro obě strany. (Standard č. 13 Prostředí a podmínky). Když mluvíme o bezpečnosti, je také potřeba nastavit přesné postupy, jak se zachovat v Nouzových a havarijních situacích, touto otázkou se zabývá standard č. 14. Dostáváme se k poslednímu standardu ve znění: Zvyšování kvality sociální služby. Zde je nutno provádět evaluaci poskytovatelem od klientů - jak jsou spokojeni se samostatnou službou (Standardy kvality sociálních služeb, příručka pro uživatele, online).

1.3 Terénní sociální služba

Díky nově nastavenému zákonu nastala i obnova rozdělení sociálních služeb do tří kategorií - Sociální poradenství (odborné, specializované poradny), služby sociální péče (osobní asistence, pečovatelská služba, tísňové služby, denní stacionáře ad.) a služby sociální prevence (raná péče, azylové domy, dům na půl cesty, noclehárny ad.). Tento formát byl z velké části inspirován sousedním Německem. Dále se dělí do tří skupin podle místa realizace na ambulantní, pobytovou a terénní (Matoušek a kol., 2007).

Terénní sociální služba podléhá výše zmíněnému zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje podmínky a pravidla pro vykonávání sociální služby. Podle výše zmíněného zákona je „*sociální služba činnost, nebo soubor činností, které zajišťují pomoc klientům za účelem sociálního začlenění, nebo prevence sociálního vyloučení*” (Zákon č. 108/2006 Sb., §3, o sociálních službách).

Terénní služba je specifická tím, že je tato činnost realizována v přirozeném domácím prostředí klientů.

Mezi základní principy terénních sociálních služeb patří:

- Dodržování práv uživatelů
- Zplnomocňování uživatelů
- Práce v přirozeném prostředí uživatelů
- Kontinuita a návaznost služeb

Terénní služba zahrnuje širokou škálu sociálních služeb. Vyskytuje se jak u prevence rizikového chování, prevence sociálně patologických jevů, bezdomovectví, tak i u osob zdravotně či sociálně znevýhodněných ad. (Nedělníková, 2005).

Ze 33 druhů sociálních služeb lze terénní formou provádět 19 z nich. Z toho 5 služeb je odkázáno pouze na terénní formu, patří sem např.: Tísňová péče, Osobní asistence, nebo Podpora samostatného bydlení (mpsv.cz, 2015, online).

Efektivní řešení je kombinace samotných služeb. Osvědčeně funguje souhra Pečovatelství, která je zaměřená přímo na úkony u uživatele jako je sebeobsluha, a péče o domácnost a Osobní asistence, která tuto službu rozšiřuje. Terénní služba má i tu výhodu, že se na péči podílí i rodina, která podporuje důstojnost člověka, ale i jeho soukromí, jelikož klient může setrvat ve svém domácím prostředí (Dudová, 2015).

1.4 Osobní asistence

V předcházejících podkapitolách je uvedeno, co znamená terénní služba a jakými standardy se musí řídit. Jelikož se tato práce zabývá konkrétní terénní službou, je třeba přiblížit i samotnou službu. Osobní asistence je definována v zákonu č. 108/2006 Sb. §39. Tato sociální služba neposkytuje pomoc pouze osobám staršího věku. Osobní asistenci může využít také osoba se zdravotním postižením či chronickým onemocněním. Ve stručnosti lze říci, že službu může využít kdokoliv, kdo potřebuje ke svému životu pomoc od jiné osoby, a to bez ohledu na jeho věk. Osobní asistence zahrnuje činnosti jako je doprovod na úřady nebo k lékaři, ale také pomoc v domácnosti, nakoupení potravin, pomoc při stravování či hygieně, nebo pouze trávení volného času s danou osobou. Tato služba se poskytuje v domácím prostředí klienta. Záleží pouze na požadavcích uživatele, jak dlouho bude asistent přítomen. Požadavky musí být však předem sjednány ve smlouvě (Uzlová, 2010).

Po uzavření smlouvy se sociální pracovník s klientem věnuje nastavení individuálního plánu. Ten slouží pro efektivní naplňování cílů. V individuálním plánu je kromě cílů popsán i zdravotní stav klienta, obojí se může v průběhu času změnit,

proto je nutné dělat průběžnou revizi individuálního plánu. Většinou se provádí jednou za půl roku, avšak není to pravidlem a každá organizace si tuto dobu může přizpůsobit podle sebe (Uzlová, 2010).

Osobní asistence se dělí podle způsobu vedení do dvou skupin, na sebeurčující osobní asistenci a řízenou osobní asistenci. Jak vyplývá ze samotného názvu, sebeurčující osobní asistenci si řídí sám klient. U tohoto typu asistence je podmínkou, že uživatel se dokáže do asistence zapojit a svého osobního asistenta zaučí sám. Tudíž osobní asistent nemusí být speciálně školen. Opakem je tedy řízená asistence, která vyžaduje odborné znalosti asistenta. Zpravidla zde není uživatel schopný se do řízení asistence zapojit (Hrdá, 2001).

Smyslem Osobní asistence je pomáhat lidem s úkony, které sami nezvládnou. Proto je dobré mít na vědomí rozdíl mezi péčí a podporou. Zatímco pod slovem péče se skrývá pouze výkon úkonů sociálního pracovníka bez zapojení klienta, slovo podpora je pro Osobní asistenci vhodnějším označením. Pokud se mluví o podpoře, znamená to vykonávání úkonů s aktivním zapojením klientů, sociální pracovník tedy dělá pouze to, co sám klient nezvládá. Není možné tento výrok generalizovat na všechny klienty, pokud se pracovník stará o klienta na lůžku, jedná se tedy pouze o pečování. Avšak pokud sociální pracovník dělá za klienta každý krok, i přesto, že to klient zvládá sám, jedná se o přepečování, což spouště klientům sice vyhovuje, ale v konečném důsledku jim uškodí. Je třeba zmínit i druhou stranu a tím je nepochopení klientů. Zjednodušeně nerozumí tomu, proč by měli být do těchto aktivit a úkonů zapojeni, když si za tuto službu platí. Důležité je se s klientem na všem dopředu domluvit, do čeho se klient zapojí a co bude práce pouze pracovníka, popřípadě nastavit kompromisy (Hauke, 2011).

1.4.1 Hewer, z.s.

Pro tuto bakalářskou práci je nezbytné představit i organizaci, ve které bylo prováděno empirické šetření. Jedná se o Hewer, zapsaný spolek, se sídlem v hlavním městě. Poskytuje terénní službu Osobní asistenci, která byla představena v předchozí podkapitole.

Hewer byl založen roku 1997, jako organizace pro „*pomoc komukoli, kdo se dostal do nezvyklé životní situace s následným upoutáním na lůžko či na vozík (po úrazu, zhoršení stávající nemoci apod.), nebo do sociální izolace, a to v rámci*

tělesného, smyslového, mentálního nebo kombinovaného postižení” (Hewer, z.s., online).

Osobní asistenti nepracují pouze s lidmi vyššího věku, klienty jsou i lidé po chemoterapii, děti s autistickými prvky, či Downovým syndromem. Hewer pomáhá již v sedmi krajích České republiky - Praha, Středočeský, Plzeňský, Ústecký, Královéhradecký, Pardubický a Jihomoravský kraj. Služby Osobních asistentů lze využít 24 hodin denně, bez ohledu na víkendy či svátky. Cílem tohoto sdružení je spokojený uživatel, který může dál žít ve svém přirozeném prostředí a nemusí být institucionalizován. Aby klientovy životní potřeby byly uspokojovány a dalším cílem je možnost klienta rozhodnout se, s jakou mírou se začlení do života okolo. Hewer si zakládá na šesti zásadách poskytování sociální služby. Patří tam Zásada partnerského přístupu, která spočívá v rovnoprávnosti klienta s asistentem. Další Zásada individuálního přístupu, zde se vracíme ke Standardu č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby. Zásada flexibilního přístupu souvisí s možností volby, kdy a kde se služba bude konat. Čtvrtou zásadou je Zásada práva volby, osobní asistent musí brát na vědomí klientovo rozhodnutí, avšak je důležité mít namysli rozumové schopnosti uživatele. Zásada kontinuity a spolupráce navazuje na Standard č. 8. Zásada zachování maximální možné míry samostatnosti klienta je poslední zásadou, osobní asistent se snaží zapojovat klienta do úkonů, aby byla podpořena jeho samostatnost (hewer.cz, 2021, online).

2 Stáří a změny způsobené stárnutím

Předchozí kapitola objasnila konkrétní sociální službu Osobní asistenci a standardy, kterými se musí řídit. Druhá kapitola je zaměřená na největší skupinu uživatelů, jež využívá služeb Osobní asistence. Tedy na skupinu seniorů. Kapitola objasňuje pojmy, jako jsou sociální gerontologie, stáří, stárnutí apod. Také se zabývá způsobem vyrovnání se se stářím a v neposlední řadě popisuje roli rodiny v tomto období.

2.1 Sociální gerontologie

Sociální gerontologie je pouze jeden ze směrů samotné gerontologie. Aby byla správně pochopena je potřeba si nejdříve přiblížit gerontologii jednoduchou definicí. *“Gerontologie je souhrn poznatků o problematice stáří, stárnutí a života ve stáří”* (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s.16).

Tato nauka se dělí do tří směrů. Gerontologie teoretická, která zahrnuje jak zkoumání příčin stárnutí, tak ale nastavení teoretického rámce pro péči o osoby ve vyšším věku. Gerontologie klinická neboli geriatrie je jedním z lékařských oborů. Jedná se tedy o diagnostiku nemocí, jejich léčbu a následnou péči o seniora. Zkoumá také prevenci stonání ve stáří. Poslední směr je již zmíněná Sociální gerontologie, rozpětí tohoto oboru je nejširší. Zde se zkoumá stárnutí ve všech směrech života, jako např.: demografickou, psychosociální, právní či etikou stránku, a to jak v rodině seniora, tak i sociálních službách, které senior využívá. Zabývá se vzájemným vztahem mezi společností a seniorem. Hlavním cílem gerontologie je tedy snaha o zdravé stárnutí lidí (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019).

Dle Zdeňka Kalvacha, Zdeňka Zadáka a kol. (2004) existuje ještě gerontologie experimentální, která je zaměřená na výzkum příčin a způsobu stárnutí všech živých organismů.

2.2 Stáří a změny způsobené stárnutím

„Stáří je obecné označení pozdní fáze ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně” (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016, s. 11).

S čímž souvisí i rozdílnost pojmů stáří a stárnutí. Jak bylo řečeno stáří je završující etapou života, zatímco stárnutí je pouze fyziologický proces (Příbyl, 2015).

Stárnutí je přirozený proces v životě každého živého organismu. Samotné stáří je spojováno s tzv. involucí, neboli zanikáním adaptačních schopností v důsledku přibývajících věku. Tělu ubývají síly a člověk pociťuje změny biologické, které jsou zákonitě doprovázeny i změnami v sociální oblasti. Otázkou je, zda jde objektivně říci, kdy se člověk již stává starcem. Existuje mnoho faktorů, které vylučují tzv. stereotypizaci seniorů. Základ je uvědomění si, že nezáleží pouze na výše zmíněných biologických procesech, ale i na sebepojetí každé osoby. Od jeho prezentace se odvíjí i pohled společnosti, tedy i jeho společenské postavení. Pohled společnosti má dvojitou povahu: „pozitivní zvýhodnění“ nebo „diskriminační vyloučení“. Zatímco první pohled je provázán s úctou ke stáří, k zásluhám a respektování stárnoucí osoby, druhý způsob vnímání je doprovázen nižší produktivitou, pocitu zbytečnosti, či nadbytečnosti (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Dle světové organizace WHO (World Health Organization) se stáří člověka dělí, do 3 skupin. Osoby ve věku mezi 60 až 74 lety patří do skupiny raného stáří. Období od 75 věku života do 89 let je pojmenováno vlastním stářím a poslední skupina od 90 let výše je nazývána dlouhověkostí. Obecně se toto rozřazení označuje periodizací stáří (Mlýnková, 2011).

Stáří je často spojováno s nemohoucností, nesoběstačností a s negativními vlivy stárnutí na tělo a na poklesu životní energie. Je pravděpodobné, že pokud by život lidí neprovázely různé choroby nebo úrazy a lidé by nepodléhali negativnímu způsobu života a vyhýbali se nebezpečí. Maximální délka života člověka by mohla být 120 let. Avšak výše zmíněné faktory nelze ze života vyloučit, proto tyto faktory výrazně zkracují životy lidí (Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

Věkem se zabývá spousta studií, udávají se však tři skupiny věku. Věk biologický, sociální a kalendářní. Biologický věk neboli stáří je provázáno tělesnými parametry a psychickým vývojem. Nelze popřít, že tělo prochází množstvím změn, především poklesem fyzické zdatnosti, je zde i větší nebezpečí v podobě nemocí, ztráty funkčnosti či úmrtí. Samozřejmě zde velkou roli hraje i genetika. Biologické stáří není provázáno jen vnitřními změnami, nedílnou součástí jsou změny vnější. Mezi tyto změny patří například šedivění či vypadávání vlasů, povolení pokožky, díky které vznikají vrásky. Dále jiné držení těla, změna postavy ad. Tzv. Kalendářní stáří/věk je nejjasněji stanovený. Na druhou stranu je v rozporu se sociálním i biologickým

věkem, protože se nezabývá involučními změnami ani sociálním postavením. Parametry kalendářního stáří se rok od roku mění, jsou závislé na pokroku zdravotnictví, díky kterému se lidé dožívají vyššího věku, čímž se posouvá i stárnutí osob. I zde se najdou výjimky jako je např. dlouhověkost nebo naopak tzv. progerie. Progerie je nemoc, která se projevuje jako zrychlené stárnutí. V těchto případech se kalendářní věk velice liší od věku biologického i sociálního. I v sociálním stáří dochází k velkým změnám, a to v oblasti společenské. Do této skupiny se řadí změny sociálních rolí, statusů, ale i postavení osoby ve společnosti, nebo změna společenské prestiže. Sociální stáří začíná při odchodu do důchodu, nebo možností získat důchod. Počítá se zde s útlumem životního rytmu a životní úrovně dotyčného. V tomto ohledu jde o přijetí. Nejen o přijetí faktu, odejít do důchodu, především o přijetí role seniora. Pokud člověk vezme tuto informaci na vědomí, později dochází k sebezpřítaci jako seniora. K tomu se přidává role prarodiče. Je potřeba říct, že sociální věk je dost individuální. Může být člověk, který se považuje za starého člověka ve věku 60 let. Na druhou stranu se objevují lidé v 80 letech, kteří se cítí plní síly, mají chuť do života, jsou stále ambiciózní a pracovití a často vypadají mladší než výše zmínění šedesátníci. Jde o nastavení mysli, ovlivňují to ale i vnější faktory, jako jsou pozdní rodičovství nebo manželství (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Pokud se vedle sebe postavili senioři ve stejném věku z dnešní doby a z doby před sto lety, nejspíš by vypadali velice odlišně. Je zde velká pravděpodobnost, že lidé před sto lety by už ve věku dnešních důchodců ani nežili, jelikož doba života byla podstatně kratší (uvádí se rozdíl 30 let). Na druhou stranu před sto lety nebyli lidé tolik ovlivňováni společností v oblasti vzhledu. V současnosti společnost dbá na vizuální stránku. Nejedná se pouze o fenomén, který se dotýká mladistvých. Dnešní společnost je takto nastavená již od dětství až do samotného stáří, tudíž ani senioři nejsou výjimkou (Sak, Kolesárová, 2012)

Stárnutím se zabývalo již hodně odborníků a teorií stárnutí je tedy nespočet. Zatímco ani jednu z teorií nelze stoprocentně použít. Dle Ladislava Hegyie a Štefana Krajčíka (2010) existuje kolem 300 teorií o stárnutí. U každého se stárnutí projevuje rozdílně, není tedy přesně daný proces stárnutí.

Jednoznačný postup stárnutí je tzv. Primární stárnutí, které se vyznačuje fyziologickými, biologickými důkazy - tedy stárnutí buněk v těle. Dále rozeznáváme stárnutí sekundární, jež se zabývá změnami, které se ve stáří objevují, ale nejsou charakteristickým prvkem pro stárnutí. Poslední je Terciální stárnutí, které je velkým

poklesem fyzických schopností, v této fázi poté následuje smrt. Samostatné stárnutí lidského organismu rozdělujeme do dvou kategorií. Jedná se o Teorii opotřebování a Program vedoucí ke změnám v genech, která se dále dělí na Genetickou teorii a Teorii volných radikálů. Jak napovídá název, Genetická teorie se domnívá, že dlouhověkost je přenášena genetikou. Popisuje, že materiál vedoucí k dlouhověkosti se vyskytuje již při početí v oplodněném vajíčku. Genetická teorie úzce souvisí s Teorií mutační, která je založena na zkoumání buněk, které mutují a shromažďují se v těle každého člověka. Díky těmto mutacím se objevují první známky stárnutí. Teorii volných radikálů se rozumí, že tzv., „volný radikál“ se objevuje v lidském těle a společně s různými molekulami mění chemické složení, díky kterému se projevuje stárnutí buněk. Nejvyskytovanějším volným radikálem v lidském těle je kyslík (Hrozenská, Dvořáčková, 2013).

Po vysvětlení některých teorií procesu stárnutí práce představuje tři podoby stárnutí. První podoba se nazývá „Úspěšné stárnutí a zdravé stáří“, jak lze vyčíst z názvu, v této podobě jde o spokojenost člověka, který je v pořádku po zdravotní, tak i psychické stránce. Člověk, který je aktivní a realizuje se v činnosti, jež ho naplňuje. „Obvyklé stárnutí a stáří“ - zde se vyskytují rozdíly mezi možnostmi a nároky dané osoby. Na rozdíl od první podoby, tato se vyznačuje nespokojeností člověka. Poslední třetí podobou je „Patologické stárnutí“, kde je typickým znakem pokles funkčního stavu člověka. Neodpovídá obvyklé situaci vrstevníků, a to může mít za důsledek rezignační postoj k životu dané osoby. V tuto chvíli se začíná objevovat více zdravotních problémů, ale typické jsou také problémy ekonomické, nebo v oblasti společenské, které se může projevit v podobě sociálního vyloučení (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Úspěšné stárnutí a stáří shrnul do slova ROSA, Jan Srnec. Každé písmeno má svůj význam. R představuje racionální postoj, jde o to být informován, co stáří přináší. S tím souvisí i pochopení změn a příprava na ně. Písmeno O je orientace na budoucnost, člověk by neměl přestat plánovat a vytvářet si své cíle, pouze by měl plánovat krátkodobě. Třetím písmenem je S - sociální kontakty - je potřeba stále udržovat svá přátelství a budovat nové, zajímat se o své okolí a naučit se předávat a přijímat lásku. Poslední písmenem je A, které označuje aktivitu. Nejedná se pouze o fyzické činnosti, ale i o duševní aktivitu. Člověk by se měl stále věnovat svým koníčkům a budovat si nové (Špatenková, Smékalová, 2015).

2.3 Sebepojetí ve stáří a způsob jeho přijetí

Přijmout stáří, respektive změny, které stáří přináší není jednoduché. Vyrovnávání se s tím je individuální, avšak každý člověk začne pociťovat úbytek životní energie a různá omezení, jak pohybová, tak mentální. Klíčem ke správnému vyrovnání se s touto skutečností je tato omezení přijmout a vynaložit svoji energii jiným směrem. Životní síla každého jedince je získávání pozitivního přístupu z budování nových sociálních vztahů a v udržování těch starých. Díky podpoře, kterou člověku jeho blízcí dávají, vede dotyčného k přijetí sama sebe a uvědomění si sebelásky (Dvořáčková, 2012).

Jiný zdroj uvádí, že s tzv. přípravou na stáří je třeba začít již od dětství. Vychází to z nastavení rodiny, kdy se dítě setkává s úctou ke stáří a bere ho jako součást života. Dalším krokem je střední věk, kdy si člověk nachází svůj rytmus života. Blízké věci, ale také aktivity, které neodmyslitelně do života patří, a návyky, jaké si člověk ve středním věku vybuduje, ho provází celý jeho život. Stávají se pak nástrojem proti boji se samotou či truchlením. Co se týká adaptace na stáří, dělí se do tří okruhů:

- Teorie aktivního stáří, ve které se lidé snaží žít stejný život, dělat stále stejné aktivity jako ve středním věku, popřípadě lehce zvolnit.
- Teorie substituční, si ponechává některé aktivity a ty, které člověk není schopen již vykonávat, nahradí jinými, méně náročnými.
- Teorie postupného uvolňování. Jedná se o snahu postupně odstoupit od aktivit, které již nejsou možné. Přestat se snažit a přijmout realitu stáří a jeho omezení. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

V roce 1962 díky analýze svého stáří S. Reichardová stanovila pět vyrovnávacích strategií se stářím. Tyto strategie se mohou navzájem prolínat.

1. Konstruktivní strategie - nevhodnější strategie pro vyrovnání se se stářím. Člověk přijal veškerá omezení, přesto je stále aktivní, jak v oblasti pohybu, vytváření si nových vztahů nebo myšlení. Tento člověk je optimistický a spokojený, přestože se musel přizpůsobit veškerým nástrahám stáří.
2. Strategie závislosti - jak název strategie napovídá, v této fázi je člověk odevzdaný druhé osobě. Vyhovuje mu to, že nemusí nic rozhodovat a je tím tak zbaven zodpovědnosti.

3. Strategie obranná - člověk, který prochází touto strategií, není schopný přijmout stáří a změny, které ho provází. Je neustále aktivní snaží se dělat vše, co dříve. Nechce od nikoho pomoci a odmítá změnu životního stylu.
4. Strategie hostility - hlavním znakem strategie hostility je věčná nespokojenost člověka. Vše je špatně, ale za nic nenese vinu dotyčný, ale všichni ostatní. Stále si stěžuje a vyhledává konflikty.
5. Strategie sebenávisti - člověk veškerou vinu „hází“ na svoji osobu. Není schopný se vyrovnat se stářím. Častým znakem je kritizování celého svého života a silný pesimistický přístup ke všem aktivitám. Přemýšlí a mluví o smrti jako o ukončení trápení (Kleветová, Dlabalová, 2008).

2.4 Potřeby ve stáří

Potřebu chápeme převážně jako deficit něčeho. Když člověku něco chybí, snaží se to vyhledat (pocit hladu - potřeba se najíst). Potřeba může vzniknout, ale i z opačného problému, a to z nadbytku čehokoliv (plný močový měchýř - potřeba močit). Potřeby člověka se mění celý život v závislosti na věku. Jiné potřeby má dítě a jiné dospělý. Potřeby seniorů se dělí na fyziologické, psychosociální a duchovní. Mezi fyziologické patří již zmíněné vyprazdňování, které je ve stáří problematické. Seniori často trpí zácpou a inkontinencí. Seniori také potřebují více odpočinku, tudíž i více spí, nejen přes noc, ale i během dne. Jejich velkou potřebou je cítit se pohodlně a nemít bolesti. Co se týká psychosociálních potřeb, jedná se převážně o pocit jistoty. Je tím myšlena jak jistota ekonomická, tak třeba i jistota ve svých blízkých i sobě samotném. Velkým problémem je komunikace, tato potřeba je velice těžko dosažitelná, převážně pro osoby, jež bydlí samy, nebo v pobytových institucích, kde je často komunikace opomíjená.

U některých seniorů se vyskytuje potřeba intelektuální, zde se nabízí možnost univerzity třetího věku. V poslední řadě jsou zde potřeby duchovní, které úzce souvisí s potřebou komunikace. Lidé ve stáří hodnotí celý svůj život a přemýšlí, zda splnili vše, co chtěli. Pomáhá jim se s tím někomu svěřit, aby dospěli k nějakému závěru (Mlýnková, 2011).

Nabízí se i druhý úhel pohledu, kdy v hlavní roli v naplnění potřeb ve stáří jsou práce blízcí. Ve stáří opravdu ubývá životní dynamika, často se však stává, že seniori pak slyší od svých blízkých pouze zákazy (aktivit, jídla, atd.), což vede k velkému

pesimismu seniora. V tomto období je potřeba člověka podpořit a spíše se zaměřit na aktivity, které si může dovolit, senior se poté naladí na optimističtější vlnu a začne se radovat i z maličností. Tato skutečnost pomůže i okolí, které se na místo starostí může dívat na šťastného rodiče či blízkého. Obyčejně senior hodnotí a zkoumá svůj dosavadní život ze všech stran, k této činnosti potřebuje aktivního posluchače, který sice vyslechne, ale nedává své vlastní názory a nechá seniora dojít k vlastnímu závěru. Bohužel členové rodiny jsou často unaveni těmito rozhovory, které se vedou stále dokola a dávají to znát. Senioři to vycítí a stydí se, že otravují, a tak se uzavřou do sebe. Opět se ukazuje, že komunikace ve stáří je velký nedostatek, ale přitom důležitou potřebou člověka (Haškovcová, 2012).

2.4.1 Role rodiny ve stáří

V návaznosti na potřeby ve stáří je podstatné zmínit funkce rodiny. Když se člověk dostane do období stáří, není pro něj nic důležitějšího než jeho rodina, která mu má být oporou. Společně s potřebou rodiny je pro seniory prioritní pocit bezpečí, které většinou nachází právě u svých blízkých. Vyplývá to z výzkumu Kaufmanové, která se zabývala důležitými hodnotami seniorů. Často se stane, že se senior uzavře ve svém domově před světem, probíhá tzv. Sociální izolace, kterou musí okolí respektovat. Na druhou stranu musí dotyčný senior vědět, že když potřebuje, má se kam a na koho obrátit (Dvořáčková, 2012).

Existuje pět typů rodin, které jsou rozděleny podle nabízené míry pomoci.

Závislé rodiny - jak vyplývá z názvu, obě dvě rodiny jsou vzájemně velice citově provázány. Je pro ně automatické být v neustálém kontaktu a pomoci si navzájem.

Partnerské rodiny - vzájemné city zde stále jsou. Rodiny jsou i v kontaktu, avšak na pomoc se vždy spolehnout nemohou.

Distanční rodiny - rodiny jsou provázány citově, avšak rodiny nejsou téměř v kontaktu.

Obligátorní rodiny - bez citových vazeb. Pouze pocit povinnosti se postarat a nabídnout pomoc v případě nouze.

Lhostejné rodiny - v takovýchto rodinách nefunguje žádná spolupráce, není zde náznak pomoci a citové vazby zde také chybí (Novák, 2014).

3 Aktivizace seniorů

Předcházející kapitoly představily sociální služby a nejčastější klientelu, jimiž jsou senioři. Zabývaly se i změnami ve stáří a tím, jak se ve stáří mění potřeby člověka. V následující třetí kapitole je objasněn pojem aktivizace, který je pro tuto bakalářskou práci klíčový. Dále se zabývá metodami aktivizace, vzděláváním seniorů a motivačními prvky pro aktivní stárnutí.

3.1 Význam a přínos aktivizace

Definicí aktivizace je mnoho. Podle Pavla Hartla (2004, s. 13) zní definice aktivizace následovně: *Aktivizace je „nespecifické navození úrovně aktivity, nabuzenosti. Je založená na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti“.*

Wehner a Schwinghammer (2013) definují aktivizaci jako odvozené slovo od aktivace. Aktivizace je tedy situací, kdy člověk přivede něco do pohybu/činnosti.

Aktivizační činnosti jsou popsány i v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb., a patří do pracovní náplně každého pracovníka sociálních služeb, jako jsou pečovatelská služba, nízkoprahová zařízení, raná péče, chráněné bydlení, ale i osobní asistence ad. Tyto činnosti zahrnují psychickou aktivizaci, životní aktivizaci nebo aktivizaci pomocí vzdělávání klientů. Zákon definuje i tzv.: Sociálně aktivizační službu pro rodiny s dětmi a Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Tyto dvě služby zahrnují především pomoc při kontaktu se společností, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv klienta (Zákon 108/2006 Sb. §65-116, o sociálních službách).

Pravidelná aktivizace může být i efektivní prevencí před problémy ve stáří. Jakmile se ale problémy ukážou, neznamená to, že je vše ztraceno. Záleží však na spolupráci klienta se sociálním pracovníkem. Pokud klient své vlastní problémy neřeší, jeho pasivita se prohlubuje. To má za následek strádání jeho fyzické, psychické i emocionální stránky. Avšak při kvalitní a systematické aktivizaci lze docílit změn a zlepšení stavu klienta. Cílená aktivizace optimalizuje životní klid a navozuje optimismus. Díky tomu se klient znovu začne zajímat o okolní svět, kde se chce zapojovat stále do více činností, ale především se začne zajímat o svoji osobu. S tím souvisí i větší soběstačnost, což by mohlo dopomoci k tomu, že by lidé nemuseli být

závislí na pobytových sociálních službách, ale mohli zůstat a dožít v domácím prostředí s pravidelnou pomocí v podobě terénní služby (Malíková, 2020).

Aby se člověk udržel ve stáří v dobré fyzické i psychické formě je nutno plnit několik podmínek. Je potřeba zachovat si dostatečné množství pohybu, který udržuje dobrou fyzickou kondici a je prevencí proti některým nemocem, jako je obezita či kardiovaskulární onemocnění. Díky aktivnímu způsobu života se člověk stává více soběstačným. Se soběstačností také souvisí bezpečné bydlení, tedy přizpůsobení bytu k možnostem a omezením daného člověka. Psychická rovnováha je závislá také na sociálních aktivitách, a především na komunikaci s okolím (Klucká, Volfová, 2009).

Podle Josefa Švancary (2004) existují cíle pro aktivní pěstování duševní životosprávy a seberozvoje, tyto cíle nazval 5P. Patří sem perspektiva (optimismus a pokračování života), pružnost (adaptace na změny ve stáří), prozíravost (předvídání, jaká situace může nastat a jak by na ni měl člověk reagovat), porozumění pro druhé (souvisí s duševní rovnováhou) a potěšení.

Většinou si lidé stáří představují jako nekonečnou nudu a nicnedělání. Dokonce existují lidé (bohužel i v sociálních službách), kteří se domnívají, že lidé ve stáří již nemají žádné potřeby. Opak je ale pravdou, program pro seniory může přinést veliké změny v jejich životě. Patří do terapeutické péče, která není pouze fyzická, ale i duševní, snižuje úzkosti a depresivní stavy. Program se musí skládat podle individuálních možností klienta, ale je třeba mít na paměti, že vždy existuje možnost, jak klienta zapojit. Ať už se jedná o člověka na invalidním vozíku či klienta s demencí. Pracovník by se měl zaměřit na silné stránky klienta a ty dále podporovat a rozvíjet. Nikdy by však aktivita neměla mít čistě zábavný charakter, nebo terapeutický charakter. Aktivita by měla zahrnovat obě dvě složky, aby byly potřeby klienta uspokojeny (Rheinwaldová, 1999).

Aktivizace je smysluplná pouze, pokud ji sociální pracovník/pečující osoba provádí správně. Tím dokáže zlepšit náladu, a naopak snížit úzkost, depresi a celkový duševní neklid. Nutno si uvědomit, že aktivizace, kde je potřeba zapojení mozku, je stejně důležitá jako aktivizace fyzická. Aktivizace patří také do kompletního procesu v péči o seniora, přitom u každého individuálně v závislosti na jeho možnostech. Tudíž nelze brát aktivizaci pouze jako vyplnění času po vykonaných úkonech, stylem „zbyl čas“. Aby pečující osoba prováděla aktivizace správně, je potřeba kvalitního školení v této oblasti (Zgola, 2003).

Ve vyšším věku je potřeba podporovat a cvičit kognitivní neboli poznávací funkce člověka, tento proces nazýváme kognitivní aktivizací. Do těchto funkcí patří paměť, smyslové vnímání, řeč, schopnost řešit problémy, myšlení, pozornost a plánování. Kognitivní aktivace se dále dělí do tří kategorií.

1. Kognitivní stimulace - provozuje se skupinovými aktivitami. Podporuje sociální kontakty a poznávací funkce.
2. Kognitivní trénink - lze provádět jak ve skupině, tak individuálně. Někdy se označuje i jako „trénink paměti“, je tedy zaměřen na pozornost, orientaci a rychlost zpracování informací.
3. Kognitivní rehabilitace - rehabilitace existuje pouze ve formě práce s jednotlivcem. Cílem je zlepšení kognitivních funkcí, které jsou z nějakého důvodu omezeny.

Aktivity prováděné s klienty se rozlišují na aktivity zájmové (pečení, práce na zahradě, sport atd.) a aktivity běžného života, kam patří hygiena, stravování či úklid domácnosti (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019).

Cílem není pouze aktivizovat daného člověka. Aktivizace nebude nikdy účinná, pokud nebudou uspokojeny veškeré potřeby seniora. Předlohou je Maslowova pyramida potřeb (viz. obrázek č.1). Pokud nejsou uspokojeny základní potřeby člověka, jako je jídlo, pití a spánek, nebo se klient necítí v bezpečí, nemá v asistenta důvěru, není možné po klientovi chtít vykonávat jiné aktivity (Filatová, Friedlová a kol., 2014).



Obrázek č. 1: Maslowova pyramida potřeb

Zdroj: Šamánková, 2011, s. 26

3.1.1 Aktivizační tým a plán

Práce se seniory není pouze na pečovateli či osobním asistentovi. Kolem klienta se pohybuje několik odborníků a specializovaných pracovníků, ať se jedná o osobního asistenta, lékaře, duchovních či pedagogického pracovníka (Dvořáčková, 2012).

Stejně je to i při aktivizaci klienta. Aktivizace pouze od jednoho člověka nemůže být stoprocentně účinná, proto je potřeba, aby do aktivizace zasáhl celý tzv. aktivizační tým. Největší prioritou tohoto týmu je samotný klient, na něm záleží, co by chtěl dělat, co ho bude posouvat v jeho dovednostech a schopnostech dál. Dalšími důležitými členy je klientova rodina, kontakt mezi rodinou a osobním asistentem může přinést efektivní spolupráci při práci s klientem. Dále mezi členy tohoto týmu patří sociální pracovník, který je zodpovědný za sociální šetření a nastavení individuálního plánu, osobní asistent a sociálně-terapeutický pracovník, jenž není zdaleka obvyklým členem sociální služby Osobní asistence, ale zadává pozici psychologické pomoci pro klienta (Mocková, přednáška 2022).

Organizace a plánování aktivizace je jedna z nejdůležitějších částí. Již od začátku musí osobní asistent myslet na klienta, který je na prvním místě. Je potřeba myslet na jeho potřeby, schopnosti, věk a v neposlední řadě na jeho možnosti (pohybové, mentální). Dalším ovlivňujícím faktorem je prostředí - velikost prostoru, materiální vybavení ad. Před aktivizací se musí dbát i na dobré ovzduší, teplotu místnosti, správné osvětlení a nachystání klientových pomůcek (brýle, lupa, naslouchací přístroje). V neposlední řadě se plánuje i časové rozmezí aktivizace - vždy jsou lepší dopolední hodiny. Nelze opomíjet ale také přestávky a pomůcky, které se budou využívat (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019).

Aby byl program aktivit efektivní, je třeba si nejdříve stanovit jasný cíl, co se od aktivizace očekává. Program musí být přizpůsoben individuálním potřebám a zájmům klienta. Z čehož vychází, že aby mohl asistent klienta aktivizovat, musí ho nejdříve poznat. Lze také sestavit dlouhodobý plán aktivit (např. týdenní), který by měl mít daný účel, dopředu by měl asistent i klient vědět, jaký zisk z aktivit vyplyne. „*Aktivita má smysl, když víme, proč ji provádíme.*” (Zgola, 2003, s. 164). Nejčastější chyba je, když je aktivita na prvním místě a přizpůsobujeme klienta dané činnosti. Správné provedení je přesně naopak, kdy na prvním místě je klient a aktivita je uzpůsobena jeho možnostem. Aby byla aktivizace efektivní, je nutné zaujmout, tudíž dobře odprezentovat a hlavně vysvětlit, co se bude dít. Aktivita by měla být zaměřena na silné

stránky člověka, tak aby byl zachován respekt klienta. S tím souvisí, že by aktivita neměla klienta ponižovat, aktivita je nastavená, tak aby ji dotyčný úspěšně zvládl. Nezbytným faktorem je také to, že klient aktivitu dělá s vědomím, že mu to pomáhá a že ho to baví, nikoliv kvůli tomu, že je to v plánu (Zgola, 2003).

3.1.2 Motivace seniorů k aktivizaci

Ke každé aktivitě člověk potřebuje dostatečnou motivaci. Největší motivací pro seniory je asistentovo nadšení pro věc, témata, o kterých ví, že klienta zajímají. Velký důraz se klade na první rozhovor o aktivitě, kde asistent představuje, co se bude dělat, vysvětluje a zodpoví klientovi otázky. Tento rozhovor by měl být klíčový pro „namotivování“. Během aktivizace je dobré, když asistent neustále dává najevo zájem dozvědět se o klientově životě něco nového, jak žil, když byl malý, co bylo jinak než v dnešní době atd. Dalším neméně důležitým bodem je uvědomit dotyčného, že aktivita není povinná a že záleží pouze na něm, když už mu to nebude příjemné a bude chtít skončit. Tímto mu asistent dá najevo respekt a klient se uklidní a zbaví se strachu. K motivačním prvkům patří také ocenění klienta za spolupráci (Janečková, Vacková, 2010).

„Statečnost znamená rozhodnout se a najít sílu porazit každodenní problémy“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 37). Pro seniory je velkou motivací povzbuzení od asistenta. Když budou vědět, že jim asistent věří, senior cítí důvěru a má větší sílu k provedení aktivity. Motivačním prvkem je i snaha asistenta vymýšlet nové možnosti. Klient si musí uvědomit, že aktivita vede k naplnění jeho potřeb, které závisí pouze na něm. Veškeré aktivity by měly být vedeny k podpoře soběstačnosti a nezávislosti na pomoci druhých. Existují tři faktory ovlivňující motivaci seniorů. Prvním faktorem je dychtivost po dosažení cíle, druhým faktorem je důvěra sám v sebe a poslední faktor je představa o budoucí změně (Klevetová, Dlabalová, 2008).

3.2 Vybrané typy aktivizace

V předchozích kapitolách autorka práce vysvětlila pojem aktivizace a poukázala na hlavní významy aktivizačních činností. V následující kapitole jsou představeny nejpoužívanější jednotlivé typy a formy aktivizací a jejich možnosti využití. Jak vyplývá z předchozích kapitol, aktivizační techniky jsou postaveny jak na fyzické bázi, tak i na mentální a smyslové.

Ergoterapie

Ergoterapie vychází ze zdravotnictví, a tak byla dřív využívána pouze v této oblasti. Nyní je samostatnou disciplínou využívanou i v sociálních službách. Tento typ terapie je možné využívat v jakémkoliv věku a s jakýmkoliv typem postižení/omezení, ať už je to po fyzické, psychické, smyslové nebo mentální stránce. V České republice se používá i termín „léčba prací“, z čehož vyplývá, že aktivity prováděné během ergoterapie jsou zaměřeny na činnosti, které pomáhají ke zlepšení stavu postižené části. Jedná se o aktivity z každodenního života daného člověka. Skládá se z nácviků činností, podporující soběstačnost jak v domácnosti, v práci či ve společnosti. Patří sem i nácvik jemné motoriky, kognitivní trénink či učení s novými technologiemi, jako je počítač či chytrý telefon a v neposlední řadě také učení se využívat kompenzační pomůcky. K ergoterapii patří i hodnocení funkční zdatnosti seniorů, a to buď testem základních všedních činností (ADL - aktivity daily living) nebo testem instrumentálních všedních činností (IADL - instrumental activities of daily living). Cílem tohoto typu terapie je tedy snaha o soběstačnost klienta v nejvyšší možné míře. Ergoterapie se často kombinuje s jinými druhy terapií (muzikoterapie, aromaterapie ad.), kvůli rozmanitosti podnětů (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

Muzikoterapie

Nejdříve byla představena ergoterapie jako „léčba prací“, tato podkapitola je zaměřená na muzikoterapii, která se může označit jako „léčba hudbou“.

Muzikoterapie patří do skupiny uměleckých terapií a využívá se jak v oblasti vzdělávání, tak v sociální sféře a též ve zdravotnictví. Působí na duševní zdraví a klid jedince. Muzikoterapie se dělí podle různých kritérií např. podle způsobu provedení - autoterapie, kdy člověk provádí terapii sám se sebou, a heteroterapii, kterou vede doktor. Nebo podle počtu osob na individuální terapii a skupinovou (Vostrý, Veteška, 2021).

Muzikoterapie působí na emoční, psychickou stránku člověka. Probouzí vzpomínky a fantazii. Rozeznávají se dvě formy této terapie. Forma receptivní, ve které je senior pouhým posluchačem, a forma perceptivní neboli aktivní, kde se klienti zapojují do zpěvu, hrají na hudební nástroje atd. Forma perceptivní je náročnější, musí být správně zvolená doba i prostory terapie. Výhodou této formy je však skutečnost, že i lidé s kognitivním postižením si dokážou vybavit texty známých písní (Zrubáková, Bartošovič a kol., 2019).

Animoterapie

Jedná se o terapii, která je tvořena spoluprací mezi lidmi a zvířaty. Stejně jako výše zmíněné terapie má i animoterapie či zooterapie bohaté účinky na lidskou psychiku. Mezi nejznámější patří cannisterapie - se psem, hippoterapie - s koněm, fellinoterapie - s kočkou a delfinoterapie - s delfinem. Využívají se ale i drobná domácí zvířata, hospodářská zvířata a existuje i celkem nový typ zooterapie nazývaný farmingtherapy, tedy terapie, která probíhá v prostorách farmy. Senioři díky zooterapii dostanou věrného přítele v podobě zvířete, konečně znovu cítí, že je někdo potřebuje a mohou o někoho pečovat. Zvíře také drží pozornost člověka, a tudíž ho stále povzbuzuje k aktivitě. Neméně velký význam mají i dotyky zvířete, které přinášejí klid a lidé se tak zbavují stresu (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

Zooterapii dělíme dle Vostrého a Vetešky (2021) do tří skupin.

1. AAT (Animal-assisted Therapy) - jedná se o záměrné, cílené setkání se zvířaty, které mají za cíl léčbu či rehabilitaci fyzické, kognitivní, emocionální nebo sociální kondice. Patří sem např.: polohování na zvířeti, péče o něj ad.
2. AAA (Animal-assisted Activities) - u této formy se jedná pouze o přirozený kontakt se zvířaty. Nejsou zde vytyčeny cíle.
3. AAE (Animal-assisted Education) - jak vychází z názvu, jde o edukaci pomocí zvířat. Setkání se zvířaty může být buď záměrné, ale i přirozené. Tato forma je doprovázena přednáškami a kroužky.

Bazální stimulace

Bazální stimulace je specifickým typem aktivizace, která se využívá u ležících klientů. Je to jeden z mála způsobů, který poskytuje možnost komunikovat s těmito lidmi. Komunikuje se pomocí dotyků. Kůže je přenašeč informací, na ní je cítit chlad, teplo, bolest atd. Zpravidla se začíná prvotním dotykem ruky, aby klient pochopil, že se začíná s aktivitou, stejným dotykem také stimulace končí. Zmíněné dotyky se doplňují i verbální komunikací. Nejsou to pouze dotyky, které se v Bazální stimulaci používají, také vibrace a podpora chuti a čichu, převážně u lidí odkázané na PEG (Perkutánní endoskopickou gastrostomii) sondu. Nejznámější forma Bazální stimulace je polohování klienta do speciálních poloh, které jsou založeny na kladení polštářů kolem těla - viz obr. 2 (Vostrý a kol., 2018).



Obrázek č. 2: Bazální stimulace, poloha hnízdo

Zdroj: dsdacice.cz, online

Reminiscenční terapie

Slovo reminiscence vychází z latinského slova v překladu „vzpomenout si, vybavit si“. Vzpomínání může být prováděno buď v tichu, tudíž sám v sobě, nebo hlasitě s terapeutem či celou skupinou. Vyprávění seniora se týká jeho života, jeho zkušeností včetně událostí, které prožil. Tato aktivita může vyplynout zcela přirozeně ze situace, nebo může být dopředu plánovaná. Osobní asistent by měl mít celou dobu na paměti, že není psychoterapeutem, tedy měl by se držet své role, při které je aktivním posluchačem. Často se stává, že klient se svými vzpomínkami dostane i k situacím tragickým (např.: prožívání války). Cílem osobního asistenta by přesto mělo být navození dobré, pohodové nálady, aby se dotyčný cítil dobře a celá reminiscence měla pozitivní dopad na klienta. Využívají se 4 přístupy - Narativní (volné vyprávění příběhu ze života), Reflektující (převážně rekapitulace života), Expresivní (svěřování těžkých vzpomínek, které si senior drží v sobě a není s nimi vyrovnaný, tento přístup je provázen silnými emocemi), a Informační (provázeno poučením další generace, často se zkušenosti spojují s historickými událostmi (Janečková, Vacková, 2010).

Kognitivní trénink

V předchozí kapitole bylo řečeno, že postupem času ve stáří začnou kognitivní schopnosti stagnovat a zhoršovat se. Kognitivní trénink je záměrné podněcování mozkových funkcí, které slouží k podpoře a obnově kognitivních funkcí člověka. Kognitivní trénink patří také mezi preventivní činnosti, nejen že zpomaluje vývoj onemocnění, ale také podporuje lidskou sebeúctu a sebevědomí. Tato aktivizační metoda je vhodná pro lidi s lehkou a střední fází demence a Alzheimerovou chorobou.

Musí se dávat velký pozor na práci s těžkou formou demence a ACH, kognitivní trénink u těchto lidí může mít opačný efekt, dotyčným se nedaří, a to ho stresuje, díky této situaci se může dostat do depresivních stavů. Kognitivní trénink způsobuje aktivitu mozku, má tedy pozitivní vliv na zdraví mozkových činností, tato aktivita také posiluje imunitní systém. Kognitivní funkce by člověk neměl posilovat až ve stáří, ale celý život (nejlépe každý den). Kognitivní trénink se může provádět jako individuální činnost, nebo také ve skupině. Ve skupinové formě panuje zpravidla dobrá nálada a činnost je brána jako zábava. Kognitivní trénink není ale vždy cílená činnost (např. při hraní si s vnučaty).

Při tréninku se posiluje jak dlouhodobá, tak krátkodobá paměť, avšak mají rozdílné aktivity. U tréninku dlouhodobé paměti může osobní asistent využívat formy kvízu. Jedná se o opakování obecných znalostí. Zatímco u tréninku krátkodobé paměti jsou cvičení většinou ohraničená časovým limitem na zapamatování s následným vyjmenováváním - např. Telefonní číslo, nákupní seznam ad. (Fertařová, Ondriová, 2020).

Pohybová terapie - taneční terapie

Je možné říci, že tanec je činností každodenní již od počátku. Jako ukázka postačí rituální tance v kmenech, taneční průvody pro ochranu osady ad. Toto poukazuje na vyrovnávání se se situací, která byla těžko jinak uchopitelná. Tanečním projevem člověk vyjadřuje své pocity, nálady, které sice provádí tělo, ale pocházejí z duše. Pohyb pomáhá i při uspořádání si vztahů jak k ostatním lidem, tak se vztahem k sobě samému. Tato aktivizační metoda se využívá převážně u lidí s problémem verbální komunikace, tudíž nejsou schopni dobře vyjádřit své pocity slovně. Také je vhodná pro lidi s demencí a Alzheimerovou chorobou. Podporuje jak pohybovou, tak emoční, ale i kognitivní a sociální oblast (Vostrý a kol., 2018).

Podle AEDT - Evropské asociace taneční terapie, pomáhá klientům pohybová/taneční terapie znovu nalézt:

1. Radost z funkční činnosti, která se projevuje při pravidlem cvičení.
2. Jednotu tělesna a duševna, jak již bylo zmíněno, při tanci je tělo pouze prostředkem pro vyjádření duše.
3. Pozitivní znovupřijetí sama sebe, jelikož TT probíhá pod dohledem terapeuta, který klienty neustále podporuje a dodává pozitivní motivaci, pro samotného klienta je poté jednodušší přijmout sám sebe a být sám se sebou spokojený.

4. Autonomii - tanec pomáhá k osamostatnění, klient myslí sám za sebe a do tance dává své prvky, své pohyby.
5. Tělesnou symboliku, což opět souvisí s vyjadřováním pocitů člověka. Může zde vyjít na povrch štěstí, ale i smutek či agrese, kterou klient pohybem dostává z těla ven.
6. Sublimaci - TT patří mezi arteterapie, z tance se nestává jen pohyb, ale i umění, které člověk promítne sám na sobě (Dosedlová, 2012).

4 Empirické šetření

Předchozí kapitoly představují teoretický popis vybrané sociální služby, způsob života ve stáří a v poslední řadě osvětlují pojem aktivizace a poukazují na některé vybrané metody aktivizace. Poslední kapitola se zabývá výzkumným šetřením, popisuje výzkumný problém, použité metody pro sběr dat. Vysvětluje výběr výzkumného vzorku a popisuje přesný průběh výzkumu včetně interpretace výsledků.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bakalářské práce je zjistit, jaké povědomí mají klienti terénní sociální služby Osobní asistence o aktivizaci, jak probíhá, jak jim vyhovuje a jaké zkušenosti mají. Pro získání dat byl vybrán kvalitativní typ výzkumu a sběr dat proběhl na základě rozhovorů s uživateli této terénní služby.

Z výše uvedeného cíle výzkumu vychází i hlavní výzkumná otázka (HVO):

Jaké povědomí mají klienti terénní sociální služby Osoba asistence o aktivizaci, jakým způsobem probíhá a jak klientům vyhovuje?

HVO se dále dělí na dílčí výzkumné otázky (DVO), které jsou rozděleny do čtyř bloků, ze kterých vychází tazatelské otázky (TO), jež jsou součástí rozhovoru. V rámci rozhovorů jsou kladené i identifikační otázky, které se nedotazují na jméno, jelikož jsou rozhovory prováděny pod podmínkou anonymity. Známé informace jsou pouze pohlaví a věk. První otázky jsou také mířeny na pochopení, v jaké situaci se klienti rozhodli začít využívat služby Osobní asistence, ale také na to, jak dlouho již službu OA využívají a jak často k nim asistenti dochází.

DVO I. Mají klienti povědomí o aktivizaci?

- TO 1. Co si představíte pod pojmem aktivizace?
- TO 2. Jaké činnosti podle Vás spadají pod pojem aktivizace?

DVO II. Provádí osobní asistent na službě aktivizaci?

- TO 3. Jak probíhá klasická návštěva asistentky?
- TO 4. Kolik asistentek k Vám chodí?
- TO 5. Liší se průběh služby v závislosti na tom, která asistentka přijde?
 - Pokud ano, jak?
- TO 6. Dokážete říct, jaké aktivizační činnosti na službě probíhají?

DVO III. Jaké zkušenosti mají klienti s aktivizací?

- TO 7. Plánujete s asistentkou aktivity společně, nebo děláte to, co asistentka naplánuje sama?
- TO 8. Jaké činnosti, o kterých mluvíte, jsou pro Vás příjemné?
- TO 9. Jsou i činnosti, které děláte, Vám nepříjemné?
 - Pokud ano, jaké?
- TO 10. Co byste dělal/a v situaci, kdyby vám daná aktivita nevyhovovala?
- TO 11. V čem Vám návštěvy asistentek pomáhají?
- TO 12. Cítíte zlepšení v některé z oblastí? (Fyzicky, psychicky..)
 - Pokud ano, v čem?
- TO 13. Jak se cítíte po odchodu asistentky?

DVO IV. Chtěli by klienti změnu v oblasti aktivizace?

- TO 14. Pokud byste mohli něco na službě změnit, co by to bylo?
- TO 15. Jsou některé aktivity, které byste chtěli vyzkoušet?
 - Pokud ano, jaké?

Tabulka č. 1: Stručný přehled výzkumných otázek

Hlavní výzkumná otázka (HVO)	Díličí výzkumné otázky (DVO)	Tazatelské otázky (TO)
Jaké povědomí mají klienti terénní sociální služby Osoba asistence o aktivizaci, jakým způsobem probíhá a jak klientům vyhovuje?	Mají klienti povědomí o aktivizaci?	Co si představíte pod pojmem aktivizace? Jaké činnosti podle Vás spadají pod pojem aktivizace?
	Provádí osobní asistent na službě aktivizaci?	Jak probíhá klasická návštěva asistentky? Kolik asistentek k Vám chodí? Liší se průběh služby v závislosti na tom, která asistentka přijde? Dokážete říct, jaké aktivizační činnosti na službě probíhají?

	<p>Jaké zkušenosti mají klienti s aktivizací?</p>	<p>Plánujete s asistentkou aktivity společně, nebo děláte to, co asistentka naplánuje sama?</p> <p>Jaké činnosti, o kterých mluvíte jsou pro Vás příjemné?</p> <p>Jsou i činnosti, které děláte a jsou Vám nepříjemné? Pokud ano, jaké?</p> <p>Co byste dělal/a v situaci, kdyby vám daná aktivita nevyhovovala?</p> <p>V čem Vám návštěvy asistentek pomáhají?</p>
	<p>Chtěli by klienti změnu v oblasti aktivizace?</p>	<p>Pokud byste mohl/a něco na službě změnit, co by to bylo?</p> <p>Jsou některé aktivity, které byste chtěli vyzkoušet?</p> <p>Pokud ano, jaké?</p>

4.2 Výzkumný vzorek

Dle Jiřího Reichela (2009) je pro výzkumné šetření dobře zvolený výzkumný vzorek klíčový. Pro tuto bakalářskou práci byl zvolený záměrný výběr, kde vzorky ze základního výběru nemají stejnou pravděpodobnost na účast při výzkumu.

Základní soubor pro toto šetření jsou senioři, využívající služby OA. Do záměrného výběru se tedy řadí senioři, ke kterým dochází osobní asistenti, a to konkrétně ze služby Hewer, z.s., který je představen v první kapitole bakalářské práce. K vybraným klientům jsem měla přístup, jelikož v Heweru pracuji na pozici OA. Jednalo se tedy o mé klienty královéhradecké pobočky.

Samotný výběr klientů byl ztížen tím, že bylo potřeba zvážit jejich fyzický i mentální stav - zda budou schopni na tazatelské otázky odpovědět. K výzkumu byli nakonec požádáni dva muži a tři ženy ve věku od 61 do 94 let.

R1 je žena ve věku 94 let, pro službu OA se rozhodla společně s rodinou po zhoršení jejího zdravotního stavu (přestala chodit, nyní na vozíku). Službu využívá již rok, každý den jednu hodinu ráno a dvě odpoledne.

R2 je žena ve věku 82 let, s Osobní asistencí měla zkušenosti za doby jejího manžela, který potřeboval každodenní péči, po pádu a ošklivé zlomenině se rozhodla pro OA i ona, zatím třikrát týdně na dvě hodiny. Služba k paní dochází již 4. rok.

R3 je muž ve věku 94 let, službu využívá asi 4 roky. Rozhodl se tak po smrti manželky, když sám péči už nezvládal. Pán potřebuje nepřetržitou péči 24 hodin denně.

R4 - nejmladším z respondentů, je muž ve věku 61 let. Službu využívá krátce - 1 měsíc. Po náhlé nemoci a akutním zhoršení zdravotního stavu. Služba dochází 5krát týdně na tři hodiny, když je manželka v práci.

R5 je žena ve věku 93 let, Osobní asistence k ní dochází již třetí měsíc. Rozhodla se společně s rodinou po návratu z LDN. Službu má paní každý den na tři hodiny.

Šetření probíhalo v domácím prostředí klientů, přišlo mi, že díky tomu, že jsou ve svém prostředí, byli uvolnění a odpovídali s klidem i na osobnější otázky. Velkou výhodou také bylo, že mě všichni respondenti již znali, a tak ke mně měli už vybudovanou důvěru. Nejdříve jsem je obeznámila s tématem bakalářské práce a ubezpečila, že rozhovor je anonymní. Pro anonymitu jsem se rozhodla z důvodu, že mi klienti svěřovali své citlivé osobní informace.

Tabulka č. 2: Přehled respondentů

Označení respondenta	Pohlaví	Věk	Doba využívání služby	Četnost hodin týdně
R1	Žena	94	1 rok	3 hodiny denně
R2	Žena	82	4 roky	2 hodiny 3x týdně
R3	Muž	94	4 roky	24 hodin denně
R4	Muž	61	1 měsíc	3 hodiny 5x týdně
R5	Žena	93	3 měsíce	3 hodiny denně

4.3 Metodologie výzkumu

Empirické šetření je kvalitativního typu. Kvalitativní výzkum je velice těžké definovat. Neexistuje pouze jeden přístup či metoda využívající se při kvalitativním výzkumu. Týká se ho několik strategií, které se navzájem ale nemusí doplňovat a překrývat. Podstatou kvalitativního výzkumu je pochopení světa a jeho aktérů, a to v několika rovinách. Nejjednodušší vysvětlení je následující - kvalitativní výzkum se snaží zjistit Co? Kdo? Kdy? Kde? A jak? Po odpovědích na tyto otázky může výzkum vysvětlit následnou otázku „proč?“ (Novotná, Špaček, Šťovíčková Jantulová, 2019).

Na rozdíl od kvantitativního výzkumu se v kvalitativním předem nestanovují hypotézy a základní proměnné. Výhodou kvalitativního výzkumu je získání velkého množství informací. Strategie výzkumu je induktivní, tudíž výzkumník hledá pravidelnosti, souvislosti a srovnává odpovědi až při analýze získaných informací. Naopak nevýhodou kvalitativního výzkumu je nízký počet respondentů. Důsledkem toho není možné výsledky zobecňovat (Švaříček, Šedřová, 2007).

4.4 Metoda sběru dat

Jako metodu sběru dat jsem si vybrala rozhovor. Rozhovor je nejčastější metodou využívající se při kvalitativním výzkumu, jedná se o spolupráci mezi respondentem (dotazovaným) a tazatelem. Klíčovým bodem je tvorba tazatelských otázek, musí být srozumitelně formulovány. Před rozhovorem musí tazatel vědět přibližnou délku interview, s kterou v průběhu může dál pracovat. Důraz je kladen na začátek rozhovoru, kde je respondentovi vysvětleno, jaké problematiky se bude rozhovor týkat. Je třeba, aby byl seznámen s tím, že rozhovor bude nahráván a s touto skutečností musí souhlasit. Dále je nutné respondenta ubezpečit o anonymitě rozhovoru. Také konec je významnou částí rozhovoru, i při loučení si může respondent na něco vzpomenout a doplnit (Hendl, 2005).

Rozhovor dělíme podle míry strukturovanosti na strukturovaný/standardizovaný (kde jsou dopředu dané otázky), polostrukturovaný (kdy se tazatel během rozhovoru doptává a reaguje na informace, které dostává od respondenta), nestrukturovaný (tazatel nemá připravené žádné otázky, rozhovor se dá přirovnat k běžné komunikaci) a narativní (respondent vypráví svůj příběh na dané téma a tazatel vstupuje do výkladu minimálně). Další rozdělení se týká respondentů. Rozhovory mohou být buď

individuální, anebo tzv. Focus group - skupinové. A dle způsobu provedení - osobní nebo online (Novotná, Špaček, Šťovíčková Jantulová, 2019).

Pro výzkum jsem si vybrala typ strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Otevřené otázky se používají jak u kvalitativního, tak i u kvantitativního šetření. V tomto typu jsou dopředu určené otázky, jejich formulace i přesné pořadí. Výhodou je, že respondentovi nenabízí možnosti odpovědět, nenavádí ho, a tak respondent odpovídá opravdu sám za sebe. Díky těmto otázkám se dozvídáme zajímavější informace. Další výhodou je jednodušší analýza a následné vyhodnocení těchto rozhovorů, jelikož mají stejnou strukturu i rozsah (Reichl, 2009).

4.5 Průběh empirického šetření

Šetření se uskutečnilo během března a dubna roku 2022. Jak již zaznělo v předchozí kapitole, probíhalo u respondentů v domácím prostředí. Nejdříve jsem musela zvážit jejich zdravotní stav a vybrat správné osoby. Poté jsem se jich zeptala, zda by byli ochotní se mnou rozhovor provést a lehce naznačila, o jaké téma půjde. Poté jsme se sešli v domluvený termín. Schválně jsem dopředu nechtěla respondentům prozradit otázky, jelikož jsem usilovala o přirozenost, potřebovala jsem, aby si odpověď nepřipravovali dopředu, ale řekli v daný okamžik, co jim přijde vhodné. Od začátku jsem se snažila o navození uvolněné a příjemné atmosféry, ke které mi pomohl i fakt, že mě respondenti znali, a tak u nich nebyla znát jakákoliv tréma či strach. Znovu jsem je ubezpečila, že nikde nebude figurovat jejich jméno, protože je rozhovor zcela anonymní. Také jsem je obeznámila se skutečností, že si rozhovor musím nahrát, kvůli následujícímu přepisu. Přiblížila jsem jim téma bakalářské práce a představila cíl.

Po těchto informacích jsme se přesunuli k prvním otázkám tzv. Identifikačním otázkám, kde jsem se ptala na jejich věk, na situaci, kdy se rozhodli začít službu OA využívat, jak dlouho ji využívají a jak často v týdnu k nim asistentky chodí. Jelikož jsem věděla, že v královéhradecké pobočce pracují na pozici OA pouze ženy, celý rozhovor jsem používala pouze označení v ženském rodě - asistentka.

Následovaly tazatelské otázky, které jsou představeny v tabulce č. 1. Vždy jsem se ujistila, že otázka byla položena srozumitelně a zda ji respondent pochopil. V některých případech, jsem otázku vysvětlila, nebo přeformulovala jinými slovy. V prvních otázkách jsem se ptala, co si představí pod pojmem aktivizace. Ať respondent

odpověděl správně či nikoli, následně jsem tento termín vyjasnila definicí a pokračovala v interview.

Po ukončení všech rozhovorů jsem všechny nahrávky přepsala do elektronické podoby a odpovědi respondentů analyzovala. Výsledky budou interpretovány v následující podkapitole.

4.6 Analýza a interpretace dat

V předchozích kapitolách byla představena metoda získání dat a vzorek respondentů. Tato kapitola se zabývá analýzou dat a následuje interpretace výsledku. V analýze je rozebrána každá z DVO, která je na konci zhodnocena shrnutím. Díky dílčím výzkumným otázkám je obdržén výsledek HVO - *Jaké povědomí mají klienti terénní sociální služby Osobní asistence o aktivizaci, jakým způsobem probíhá a jak klientům vyhovuje?*

4.6.1 Dílčí výzkumná otázka I

Mají klienti povědomí o aktivizaci?

Pro zjištění odpovědi na první DVO, jsem využila tazatelské otázky č.1 a 2, které jsou přehledně vypsány v tabulce č. 1. Převážně kvůli těmto otázkám jsem nechtěla prozradit TO respondentům před rozhovorem, mohli by si definici připravit a já bych poté nezjistila relevantní odpověď na první dílčí výzkumnou otázku. Tyto dvě otázky jsou tedy zaměřeny přímo na znalost a informovanost klientů Osobní asistence v oblasti aktivizace.

TO 1. Co si představíte pod pojmem aktivizace?

Všichni respondenti na tuto otázku těžko hledali odpověď. Často byl zaměněn pojem aktivizace za aktivitu, která byla pro dotyčné lépe uchopitelná. Nejblíže k definici byla respondentka č. 2, která uvedla rovnou i možnosti aktivizace, konkrétně pro ni je nejdůležitější si s někým popovídat. Respondent č. 4 a č. 5 se shodli na „nějaké aktivitě, kterou budeme společně vykonávat“ a pouze respondenti č. 1 a č. 3 nedokázali odpovědět.

TO 2. Jaké činnosti podle Vás spadají pod pojem aktivizace?

Jak se dalo předpokládat, respondenti, kteří nevěděli odpověď na první TO, nemohli reagovat ani na druhou tazatelskou otázku. Další tři se svými odpověďmi lišili, ale všichni měli pravdu, i přestože respondentka č. 5 nad svojí odpovědí „*možná ty procházky*” velice váhala. Naopak dotazovaní č. 2 a č. 4 sebevědomě uvedli rovnou několik příkladů, jako je: luštění křížovek, hraní stolních her, pečení ad.

Shrnutí

Z odpovědí na první dvě tazatelské otázky, jsem došla k výsledku, že většině z klientů dělá obtíže odpovědět a nedokážou přesně pojem „aktivizace” popsat, ale pokud se jich zeptáme na konkrétní aktivity, zvládají něco vymyslet a správně zařadit aktivizační činnosti, které je možné na službě vykonávat.

4.6.2 Dílčí výzkumná otázka II

Provádí osobní asistent na službě aktivizaci?

V první dílčí otázce jsem se chtěla dozvědět, jak informováni jsou klienti OA ohledně aktivizace. Odpovědi byly různé a zdaleka ne všechny přesné. K dalším výzkumným otázkám jsem potřebovala, aby byli respondenti znalí v této oblasti, a z tohoto důvodu jsem musela před třetí tazatelskou otázkou respondentům pojem aktivizace představit krátkou definicí a konkrétními příklady. Druhá DVO je tedy zaměřena na samotnou službu u klientů. Snažila jsem se zjistit, jak služba probíhá a zda asistentka aktivizaci provádí, popřípadě jaké činnosti praktikuje.

TO č. 3 Jak probíhá klasická návštěva asistentky?

Každý z respondentů mi vylíčil, jak klasická služba (návštěva asistentky) probíhá. Otázka byla záměrně položena, abych si udělala přehled všech aktivit (i těch, které nepatří mezi aktivizační), které na službě s klientem probíhají. U této otázky je dle mého důležité zmínit některé celé odpovědi, aby zde byla vidět ta podobnost aktivit. Všichni dotazovaní se shodli na jedné činnosti, která je součástí aktivizačních metod a tím je povídání si. U respondentů č. 4 a 5 se objevují společné procházky ven. Vaření a pečení se objevuje u respondentů č. 2 a 4. Naopak cvičení zmínil jenom respondent č. 3, který odpověděl: „...ráno, když přijde, tak mě přesadí do vozíku a jdeme na snídani, vyčistit zuby a tak. Pak zpátky do postele a povídáme si, pak jsem ale unavený, tak si musím chvíli odpočnout. Záleží na nich, jak mě pak budí, která každou chvíli a

některá mě nechá spát. Taky ale cvičíme, různě takhle roztahuju ruce a nohy zvedám. Pak samozřejmě obědy, večere. Někdy koukáme na televizi a pak o tom debatujeme. Další asistentka pak přijde na noc za mnou.” Dotazovaný č. 3 zmiňuje také společné poslouchání a zpívání písniček. Tuto aktivitu bychom mohli zařadit pod aktivizační činnost muzikoterapie, která je popsána v podkapitole 3.2.

V odpovědích se opakují samozřejmě i činnosti spojené se službou OA, nezahrnující aktivizaci. Jako je dopomoc s převléknutím, hygienou, podáním stravy, starostí o domácnost, nákupu ad. Tyto činnosti jsou vyjmenovány v podkapitole 1.4, která pojednává o samotné službě Osobní asistence.

TO č. 4 Kolik asistentek k Vám chodí?

Otázka na počet docházejících asistentek byla do rozhovoru začleněna převážně v souvislosti s TO č. 5. Těmito otázkami jsem chtěla zjistit, zda všechny asistentky dělají ty samé činnosti či nikoli. Také mě zajímalo, jak klientům vyhovuje střídavost asistentek v jejich soukromí. Odpovědi respondentů se u této otázky hodně lišily. Respondentka č. 1 a 2 mají stejné zkušenosti, teď k nim chodí 4-5 asistentek, ale dříve se u nich doma střídalo až nad 14 asistentek. R2 odpověděla: *"Nerada jsem měla, když za doby manžela se mi jich tady vystříдалo 18-19. Co je nová vedoucí, tak se snaží mi tu za ten měsíc maximálně střídat tak čtyři lidi.”* R5 zmínila, že k ní chodí kolem deseti asistentek, na to hned dodala, že ji to nevádí, že je společenský člověk, co nemá problém seznamovat se s novými lidmi. Vyšší číslo se také vyskytuje u respondenta č. 3, u tohoto klienta je to převážně dáno dobou služby, která je nepřetržitě 24 hodin denně.

TO č. 5 Liší se průběh služby v závislosti na tom, která asistentka přijde?

Jak jsem již zmínila výše, tato tazatelská otázka navazuje na předchozí. Cílem bylo zjistit, jak moc se liší aktivizace v závislosti na dotyčnou osobu provádějící osobní asistenci. I zde byly odpovědi odlišné. Respondenti č. 1, 2 a 4 se shodli na tom, že na službě dělají všechny asistentky stejné činnosti, akorát v jiném sledu a každá zvolí jiné tempo a přístup. Naopak dotazovaný č. 3 uvedl, že službu velice ovlivňuje dané osoba, některá ho nenechá tolik spát a povzbuzuje ho ke cvičení, některá na druhou stranu moc nekomunikuje a nechává klienta odpočívat. Respondentka č. 5 zase zmínila odměřenost, jedné z asistentek v oblasti komunikace, zatímco s některými asistentkami může mluvit o čemkoliv.

TO č. 6 Dokážete říct, jaké aktivizační činnosti na službě probíhají?

Všem dotazovaným bylo dovysvětleno, co aktivizační činnosti jsou. Touto otázkou jsem se tedy chtěla ujistit, zda vše správně pochopili a zda dokážou vybrat správné aktivity. Díky této otázce jsem se dozvěděla o činnostech, které mi předtím nezmínili. Např.: R1 odpověděla: „*Dřív se tady třeba četla knížka, a to mě bavilo, vždycky jsem to pak musela převyprávět jiné, a tím jsem i cvičila ten mozek. Jednu dobu jsem tu měla chodítko, tak jsme zkoušely chodit, ale bylo na to málo času a moc mi to nešlo.*” Stejně tak u respondenta č. 4 vyšlo najevo, že na službě začali nově cvičit nohy a ruce. V ostatních případech šlo opět o zmíněné povídání, debatování a procházení se.

Shrnutí

Na základě tazatelských otázek č. 3 - 6 mohu udělat závěr, že přestože velice závisí na přístupu asistentky, na službách aktivizaci provádí, ať už ve větší či menší míře. Nejčastějším typem aktivizace je Reminiscenční metoda, která je založena na povídání, vzpomínání a svěřování se. Metoda je také popsána v třetí kapitole bakalářské práce. Dále se často vyskytuje pohybová aktivizace v podobě cvičení či procházek.

4.6.3 Dílčí výzkumná otázka III

Jaké zkušenosti mají klienti s aktivizací?

Dílčí výzkumné otázky I a II zjistily, jak informovaní klienti využívající Osobní asistence jsou a také jestli na jejich službách asistentky aktivizační činnosti praktikují. DVO III je zaměřená na zkušenosti dotazovaných s aktivitami, týkající se aktivizace, na jejich účinky a celkovou spokojenost klientů se službou.

TO č. 7 Plánujete s asistentkou aktivity společně, nebo děláte to, co asistentka naplňuje sama?

Tazatelská otázka č. 7 si brala za úkol zjistit, jak probíhá domluva na aktivizačních činnostech prováděných na službách. Otázka byla položena z toho důvodu, abych zjistila, zda se asistentky nedopouštějí jedné z největší chyby v oblasti aktivizace. Jak bylo zmíněno již v teoretické části bakalářské práce, aktivizační činnost má být připravena klientovi tzv. na míru, bohužel se často stává, že se asistenta snaží přizpůsobit spíše klienta aktivitě, kterou sama praktikuje bez ohledu na klienta samotného.

Zde se odpovědi neodlišovaly, všichni až na respondenta č. 3, se shodli na vykonávání činností zásadně po společné domluvě mezi asistentkou a klientem. R3 uvedl: „...některé se nabídnou a dokonce by mě i prohnaly - hned na vozejk a cvičit.“ Poté ale s úsměvem dodal, že takové „popostrčení“ do nějaké aktivity občas potřebuje. Respondentka č. 1 také zmínila, že většinou je to ona, co řekne, jaké věci potřebuje a jak je má asistentka provést, ale na dalších aktivitách se domlouvají společně.

TO č. 8 Jaké činnosti, o kterých mluvíte, jsou pro Vás příjemné?

Jak z otázky vyplývá, jde o odhalení činností, které klientům vyhovují, popřípadě z jakého důvodu jsou s nimi spokojeni. Kromě stále opakovaného povídání se zde objevil nový fakt. Respondentka č. 2 a 5 reagovaly na to, že když asistentku mají doma, konečně se necítí samy. R2 ještě dodala, že je vděčná, že se při povídání může asistence svěřit, avšak aby se odhodlala, musí mít pevně vybudovanou důvěru k dané osobě. O tom, jak moc je důležitá komunikace pro seniory, pojednává podkapitola 2.4 Potřeby ve stáří.

Naopak respondent č. 4 odpověděl: „když mě vozej na vozejk venku“. Zde je potřeba uvést skutečnost, že pán má velké problémy s artikulací, a tak je komunikace velice obtížná.

TO č. 9 Jsou i činnosti, které děláte, a jsou Vám nepříjemné? Pokud ano, jaké?

TO č. 9 volně navazuje na předchozí otázku, u které dotazovaní neměli problém odpovědět a jejich reakce byla téměř okamžitá. Na rozdíl od této otázky, nad kterou přemýšleli respondenti velice dlouho, a naprostá většina dokonce ani k žádné odpovědi nedospěla. Pouze respondent č. 3 odvětil: „některé by mohli se víckrát zeptat, jak to jde, jestli něco potřebuju, jestli mi je teplo a tak. Prostě ten zájem.“ I když se nejedná o aktivitu, je potřeba tuto informaci brát na vědomí, je velice prospěšná pro další služby u tohoto klienta.

TO č. 10 Co děláte v situaci, kdy vám daná aktivita nevyhovuje?

Tuto položenou otázku považují za velmi důležitou. Často se stává, že klienti, jen proto, aby neobtěžovali, nebo nedělali problémy, kývnou asistentce na všechno, i přesto, že s danou aktivitou nesouhlasí, nebo jim je dokonce nepříjemná. Stává se, že se klient bojí dát najevo nesouhlas. I kvůli tomu jsem velice ráda za odpovědi, která tato otázka přinesla. Odpovědi se ve své podstatě nelišily. Všichni respondenti se shodli na tom, že kdyby se dostali do takové situace, nenechali by si to líbit a ozvali se. Jenom respondent č. 4 ještě dodal, že se do takové situace naštěstí nikdy nedostal. Respondentka č. 2 řekla: „pokud by to byla užitečná věc, tak klidně. Pokud bych s tím

nesouhlasila, tak bych jí to určitě řekla. Práce asistenta a klienta by měla být po vzájemné dohodě. Ale kdyby přišla a řekla, dnes žádný uklízení, venku je hezky - půjdeme na procházku, tak i jak jsem pohodlná, tak se obleču a půjdu.”

TO č. 11 V čem Vám návštěvy asistentek pomáhají?

I zde byly odpovědi téměř jednoznačné a týkaly se převážně toho, že se konečně necítí osamocení. Respondentka č. 1 bere jako největší pomoc s tím, že ji asistentka vyslechne, a když tak poradí. Respondent č. 4 zmínil, že nejvíce mu pomáhají asistentky po psychické stránce, naopak respondentka č. 5 odpověděla „že tu nejsem sama, a že můžu se jít projít, protože sama bych nešla”. Samozřejmě se zde opakovaly i odpovědi, které se týkaly běžných činností této služby, jako je nákup, pomoc při hygieně ad.

TO č. 12 Jak se cítíte po odchodu asistentky?

U odpovědí na tuto otázku jsem byla velice překvapená. Předpokládala jsem kladné odpovědi a u většiny respondentů se objevovalo, že se cítí smutně, že jsou opět sami. Zde je opět vidět, jak moc senioři potřebují komunikovat a být součástí nějakého společenského života. Pouze respondenti č. 4 a 5 odpověděli, že se cítí spokojení, ale často unavení z aktivit.

Shrnutí

Těchto šest tazatelských otázek mělo dopomoci k odpovědi dílčí výzkumné otázky III, jež zní “Jaké zkušenosti mají klienti s aktivizací?” Lze konstatovat, že dotazovaní mají převážně kladné zkušenosti a jsou až na některé výjimky se službou celkově spokojeni. Velice důležitý je fakt, že se asistenti nepasují do role nadřízeného a veškeré činnosti konzultují s klientem a vykonávají je až po společné domluvě. Stejně tak se ukázalo, že jsou respondenti odhodlaní stát si za svým názorem, a kdyby se jim něco nelíbilo, neváhali by a ozvali se. Největším překvapením je pro mě stále odpověď na tazatelskou otázku č. 12, kde jsem se dozvěděla, že většina klientů nezažívá po odchodu asistentky pocit uspokojení, ale spíše pocit smutku a samoty.

4.6.4 Dílčí výzkumná otázka IV

Chtěli by klienti změnu v oblasti aktivizace?

Tři bloky dílčích výzkumných otázek jsou analyzovány výše. Následuje již poslední čtvrtý blok, ve kterém jsou pouze dvě tazatelské otázky. V této části se TO dotýkají změn v oblasti aktivizace. Jestli mají klienti zájem o změnu a popřípadě, jak by měla vypadat.

TO č. 13 Pokud byste mohl/a něco na službě změnit, co by to bylo?

Co se týká oblasti aktivizačních činností, respondenti vůbec nezmínili potřebu něco změnit. Pouze respondentka č. 2 by si přála mít asistentky, které mají větší zájem o její osobu a její problémy. Ostatní respondenti zmínili změny ohledně samotné služby. Jako např. velká střídavost asistentek. Respondentka č. 5 uvedla: „*To, co mi nevyhovovalo, jsem už změnila a teď jsem spokojená.*”

TO č. 14 Jsou některé aktivity, které byste chtěl/a na službě vyzkoušet?

Přestože všichni respondenti v předchozí otázce odpověděli, že nic změnit nechtějí. U této otázky se pozastavili a každý až na respondentku č. 5, dokázal vymyslet aktivity, které mu chybí, nebo by je chtěl zkusit. Spousta seniorů má většinou strach, že to nepůjde, a tak nemají zájem to ani zkusit, jelikož se dopředu bojí neúspěchu. Např.: Respondent č. 4 má velký problém s jemnou motorikou, přesto by chtěl vyzkoušet společné luštění sudoku, anebo hraní dámy. Dámu také společně s šachy zmínil respondent č. 3. Respondentka č. 2 by ráda začala hrát karty, anebo zase luštila křížovky, ale uvědomuje si, že za dvě hodiny to nelze stihnout všechno.

Shrnutí

Dílčí výzkumná otázka IV měla za úkol zjistit, zda klienti mají potřebu na službě něco změnit. Dalo by se to nazvat i zpětnou vazbou, jelikož díky informacím a odpovědím z TO 13 a 14 mohou asistentky čerpat a poučit se do dalších služeb. Ačkoliv na první otázku neodpověděli respondenti, že by chtěli něco změnit. Když jsem se jich zeptala, jestli by chtěli něco zkusit na službě, hned věděli, co jim chybí, a co by chtěli vyzkoušet. Většinou se objevovali aktivity typu stolních her apod. Domnívám se, že tyto aktivity jsou často potlačovány do pozadí právě kvůli nedostatku času, jak uvedla i jedna z dotazovaných osob.

4.7 Zhodnocení HVO a doporučení do praxe

V předchozí podkapitole probíhala analýza získaných dat z rozhovorů. Ke každé dílčí výzkumné otázce bylo na konci přiděleno shrnutí. Následující podkapitola si bere za úlohu interpretovat výsledek hlavní výzkumné otázky a stanovit doporučení do budoucí praxe osobních asistentů.

4.7.1 Výsledek HVO

Hlavní výzkumná otázka *“Jaké povědomí mají klienti terénní sociální služby Osobní asistence o aktivizaci, jakým způsobem probíhá a jak klientům vyhovuje?”*

Byla zodpovězena díky DVO a TO v rozhovorech s klienty Osobní asistence. Z analýzy pěti interview mohu stanovit rozhodnutí, že uživatele této služby nemají informace ohledně aktivizačních činností a většina nedokáže bez vysvětlení tohoto pojmu zařadit aktivity, které tam patří. Z výsledků je ale zjevné, že aktivace na službách probíhá ve více formách. Nejvíce se zde vyskytuje Reminiscenční metoda, založená na povídání si, vzpomínání, další častou aktivací je pohybová terapie, kam patří různé cvičení, procházky ad., několikrát respondenti také zmínili, že s asistentkou vaří nebo pečou, tyto aktivity řadíme pod ergoterapii. Jeden z respondentů dokonce zmínil poslech hudby - tedy formu muzikoterapie. Naopak z rozhovorů vyšlo najevo, že nejvíce klientům chybí typ kognitivního tréninku, ve formě křížovek, hraní karet či jiných stolních her. Veškeré tyto aktivizační metody jsou popsány ve třetí kapitole bakalářské práce. Celkový dojem klientů na průběh služby je kladný, až na drobné připomínky jsou, jak se službou, tak s aktivizačními metodami spokojeni.

4.7.2 Doporučení do praxe

Následující doporučení je převážně pro osobní asistenty a sociální pracovníky. Je třeba brát na vědomí, že provádět aktivizační činnosti na službách je pracovní povinností každého osobního asistenta. Často se tak neděje z kapacitních důvodů a z krátkého časového rozmezí. Přesto si myslím, že je možné aktivizaci do služby společně s klientem zařadit. Zdůrazňuji, že je potřeba vše dělat po společné domluvě. Osobní asistent musí nejdříve klienta dobře poznat, zajímat se o jeho zájmy v minulosti i současné době. Asistent musí být trpělivý, nemůže skončit s aktivizací po prvním neúspěchu. Měl by se poučit z chyb a na příště připravit něco jiného. Seniorům často tyto aktivity chybí, ale vždy na ně nemají náladu a chuť. Asistent musí mít stále na

myslí, že klienta do těchto aktivit nemůže nutit, pak by ztratily efektivitu. Vždy musí seniora ujistit, že je to jejich volba, zda se rozhodnou činnost vykonávat anebo ne. Souvisí s tím i větší připravenost a vzdělanost ze strany OA. Pokud nedochází ke školení od zaměstnavatele, sám by si měl zjišťovat novinky, informace, či se vzdělávat v rámci kurzů, kterých je na toto téma spousta. Jak je zmíněno v podkapitole 3.1.1 „*Aktivizační tým a plán*” je vhodné navázat vztah s klientovou rodinou a brát je jako své partnery. Z rozhovorů vyšlo, že se senioři často cítí osamoceni po odchodu asistenta, že klientům chybí komunikace a zájem od jiných osob. Pokud se do aktivizace zapojí i rodina a předávají si s OA vzájemně informace, může to být začátek kvalitní spolupráce, a tudíž dosaženo i rychlejších a větších úspěchů v rámci péče.

Nejde pouze o informovanost osobních asistentů, ale také samotných klientů, kteří nevědí, co aktivizační činnosti jsou, a že na ně mají právo. Často si pletou Osobní asistenci s pečovatelskou službou, která provádí pouze úkony a její služba není ohraničena časem (pečovatelská služba je krátce popsána v první kapitole). Dle mého by měl sociální pracovník při sepisování smlouvy a nastavení individuálního plánu aktivizační činnosti klientovi podrobně vysvětlit, aby věděl, co všechno může v rámci této terénní služby využívat.

Závěr

Bakalářská práce se zabývá tématem aktivizačních činností v rámci terénní služby Osobní asistence. Cílem práce bylo zjistit, zda klienti mají povědomí o aktivizaci, jak dané aktivizační činnosti na službě probíhají a jestli uživatelům vyhovují. K naplnění cíle dopomohlo teoretické zpracování tématu, kde bylo potřeba věnovat se jak základním pojmům, tak do hloubky rozebrat následky stárnutí, změny, které člověk prožívá ve stáří. Třetí kapitola měla za úkol přiblížit přínos aktivizačních činností, důležitost spolupráce asistenta s rodinnými příslušníky klienta a v neposlední řadě představit vybrané typy aktivizace.

Poté bylo zrealizováno pět strukturovaných rozhovorů s klienty sociální služby Hewer, z.s. Respondenti byli pečlivě vybraní v závislosti na jejich fyzických i duševních možnostech. Samotné interview bylo uskutečněno stejně jako služba v přirozeném domácím prostředí. Nejprve rozhovor zjišťoval obecné informace o respondentovi, samotné otázky byly rozděleny do čtyř částí. V prvním bloku odpovídali dotazovaní na otázky ohledně znalosti pojmu aktivizace, druhá sekce otázek přímo navazovala, tazatelské otázky byly směřovány na aktivizační činnosti, které na službách probíhají. Třetí a poslední blok se věnoval zkušenostem klientů a změnám v oblasti aktivizace. Na základě popisu teoretické a výsledkům praktické části byl cíl splněn.

Výzkumného šetření se zúčastnily tři ženy a dva muži ve věku od 61 do 94 let. Z výsledků, které rozhovory přinesly, je zřejmé, že klienti Osobní asistence nedokážou přesně pojem aktivizace vysvětlit, ani zařadit činnosti, které tam patří. I přesto se v na každé službě aktivizační činnosti provádějí, a to v mnoha podobách. Nejčastější metodou je reminiscence a pohybové aktivity v podobě procházek a cvičení. Přestože respondenti na otázku, zda by chtěli na službě něco změnit, odpověděli ve většině záporně. U následující otázky, týkající se aktivit, které by chtěli začít na službě dělat, ihned našli několik typů činností. Nejvíce klientům chybí stolní hry, luštění křížovek, hraní karet ad. Tento typ spadá pod kognitivní trénink.

Domnívám se, že výsledky mohou být velice přínosné do praxe, jak pro mě, tak i pro další osobní asistenty a sociální pracovníky této služby.

Seznam použitých zdrojů

Literatura:

ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk a ČEVELA, Rostislav. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

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

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3711-9.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, 2015. Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.

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

FERTAĽOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

FILATOVA, Renáta. *Paliativní péče třetího tisíciletí*. [Frýdek-Místek]: JOKL, [2014]. ISBN 978-80-905419-7-9.

HAUKE, Marcela. *Pečovateľská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9

HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HEGYI, Ladislav a KRAJČÍK, Štefan. *Geriatría. 1. vyd.* Bratislava: Herba, 2010, 608 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

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

HRDÁ, Jana a kol. *Osobní asistence, příručka postupů a rad pro poskytovatele*. Praha: Pražská organizace vozíčkářů, 2001.

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

JANEČKOVÁ, Hana a ČÍŽKOVÁ, Hana. *Reminiscence známá i neznámá: v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. V Praze: Pasparta, 2021. Pomoc blízkým. ISBN 978-80-88290-81-0.

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

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

KLUCKÁ, Jana a VOLFOVÁ, Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2608-3.

KRHUTOVÁ, Lenka, ed. *Privatizace v sociálních službách pro seniory*. Boskovice: Ostravská univerzita v Ostravě v nakl. Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-231-0.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

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

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

MOCKOVÁ, Alena. *Základy aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence.* Praha - přednáška, 2022.

NOVÁK, Tomáš. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů.* Praha: Grada, 2014. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-5152-8.

NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ, Magdaléna. ed. *Metody výzkumu ve společenských vědách.* Praha: FHS UK, 2019. ISBN 978-80-7571-025-3.

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. *Gerontologie pro sociální práci.* Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4383-0.

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří.* Praha: Maxdorf, [2015]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory.* Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-282-8.

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

SCHÁNĚL, Martin. *Rozvojový plán sociální služby*. In: *Sociální práce a sociální služby*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007.

SMUTEK, Martin a ŠVEŘEPA, Milan ed. *Sociální práce a sociální služby: výběr materiálů projektu Vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb na území Královéhradeckého kraje*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-105-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a SMÉKALOVÁ, Lucie. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5446-8.

UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0.

VOSTRÝ, Michal. *Efektivita edukační intervence u osob trpících Alzheimerovou chorobou*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2018. ISBN 978-80-7561-117-8.

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

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

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

ZRUBÁKOVÁ, Katarína a BARTOŠOVIČ, Ivan. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada Publishing, 2019. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-2207-3.

Internetové zdroje:

ČESKO, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Zákony pro lidi* (online). © AION CS, s.r.o. 2010-2022. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

NEDĚLNÍKOVÁ, Dana. Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce (online). Ostravská univerzita v Ostravě. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/metakor/dok/met_prirucka_tsp.pdf

STRAKOVÁ, Martina a ČERMÁKOVÁ, Kristýna. Standardy kvality sociálních služeb, příručka pro uživatele (online). MPSV, 2008. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9

hewer.cz. Hewer, z.s., osobní asistence (online). Dostupné z: www.hewer.cz

mpsv.cz. Sociální služby, terénní služba (online), Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

Přílohy

Příloha A - Přepis rozhovoru s respondentkou č. 2

V jaké situaci jste se vy/rodina rozhodli začít využívat službu OA?

Po úrazu ruky a po úrazu v lázeňském domě jsem nebyla schopná sama zařizovat některé věci a zároveň jsme tuto službu využívali, když tu ještě byl manžel, který byl po mozkové mrtvici. A službu děvčat jsem velice uvítala, jelikož já sama jsem nebyla schopná s Bechtěrevem. V té době už začala děvčata z Hweru chodit k nám a já pak jsem přešla na služby i já.

Jak dlouho tuto službu využíváte?

Manžel to je víc než pět let a já zhruba čtyři roky.

Kolikrát týdně, na kolik hodin k Vám asistentky dochází?

U mě je to většinou třikrát týdně po dvou hodinách, ale když jsem měla po tom úrazu a nemohla se hýbat, tak tady děvčata byly denně, a i přes noc.

Co si představíte pod pojmem aktivizace?

Pod pojmem aktivizace já vidím to, tak za prvé, že si můžu s někým promluvit, protože tím, že je člověk sám, když potom ovdoví, tak jako ta samota je hrozná. Pro mě to je víceméně svátek, když tady někoho mám a mám možnost si s ním popovídat. Pokud mi přijde paní a já si s ní nemám o čem povídat, tak nemůže dojít k žádné aktivizaci. Kdybych měla ty asistentky déle, jako za doby taťky, jsme i luštily křížovky. Budme si upřímní, finanční stránka nedovolí, abych měla těch hodin povícero, než jak já mám. Protože příspěvek na péči já mám minimální a za doby taťky, tady byly ty děvčata osm, devět hodin. Tak byla doba, když on třeba spal, tak já jsem s nimi dělala křížovky a podobně.

Jaké činnosti podle Vás spadají pod pojem aktivizace?

Povídání, křížovky, nebo i nějaké hry jsme třeba hrály, stolní, ale to méně, jelikož na to jsem nebyla vybavená. A mně hlavně pomůže to, já chodím pouze s chodítkem a jít na nákup je velký problém. A aktivizace je i to, že jdeme něco upéct, tak já s tou rukou nemůžu hýbat, něco umíchat, tak příslušná pracovnice některá pomůže. Když je hezky, tak jsem ven, tak i to, ale musí na to být čas.

Jak probíhá klasická návštěva asistentky?

První věc je to, že mi pomůže případně, samozřejmě se pozdravíme a pokud nejsem oblečená, třeba někdy v zimě a nejsem schopná sama si navlíknout punčochy, takže mi pomůže. Třeba namazat nohu, když mám nějaký problémy, pomůže mi oblíknout, ty punčochy. Zatím podprsenku a takový věci si dokážu obléknout sama. Pak si dáme, pokud to jde, sami spolu snídani, přitom si hezky popovídáme, jaký problémy já mám, jaký má ona. Co se v rodině děje, nebo něco takového. Záleží velice v tomhle na přístupu určitých asistentek. Tak jakmile tyhle věci uděláme, tak pokud zbyde čas třeba pomůže i odmrazit ledničku, nebo mrazák, většinou dojde na nákup, zaleje mě kytky. Když zbyde čas, tak vezme lux a vyluxuje.

Kolik asistentek k Vám chodí?

Nerada jsem měla, když za doby manžela se mi jich tady vystříдалo 18-19. Co je nová vedoucí, tak se snaží mi tu za ten měsíc maximálně strídat tak čtyři lidi. Protože někomu nepadnete do oka vy a někdy nepadne on vám.

Liší se průběh služby v závislosti na tom, která asistentka přijde? Pokud ano, jak?

Činnosti děláme stejné, ale budme si upřímný, některá stačí udělat nákup a možná snídani a víc nic. Bohužel takové mám taky. Každá zvolí jiné tempo, takže někdo toho stihne víc, někdo míň.

Dokážete mi říct, jaké činnosti na službě probíhají jako aktivizační činnosti?

Nejvíce to povídání, probrat, co se kde děje a tak a občas to pečení.

Plánujete s asistentkou aktivity společně, nebo děláte to, co asistentka naplánuje sama?

Zásadně po společné domluvě.

Jaké činnosti, o kterých mluvíte, jsou pro Vás příjemné?

No samozřejmě, že jsem ráda, když mi pomůže s pečením, když mi pomůže udělat ten úklid, na co nemám sílu a nechci mít tady cirkus a tak dále. A ta aktivizace, samozřejmě kdybychom měly víc času, tak si určitě máme o čem, podle toho, kdo tu je popovídat. Jsou lidi, který mají zájem i co se děje v rodině, což velice člověku pomůže, protože řekne, co a jak, může svěřit. Pro mě je ten problém se někomu svěřit a nebýt tady sama. Aktivizace je pro mě to, že nejsem tu sama. Mám bohužel asi špatnou náladu, ale pořád se mi stejská, pořád mi je tady smutno, i když mám kolegyně, co se tady v týdně staví, ale není nad to, záleží, kdo to je.

Jsou i činnosti, které děláte a jsou Vám nepříjemné? Pokud ano, jaké?

Já si myslím, že, co mi bylo nepříjemného, jsem řekla hned na začátku. Ale na službě ani ne.

Co děláte v situaci, kdy vám daná aktivita nevyhovuje?

Pokud by to byla užitečná věc, a já jsem si na to ani sama nevzpomněla, tak necht' to udělat. Pokud bych s tím nesouhlasila, tak bych jí to určitě řekla. Práce asistenta a klienta by měla být po vzájemné dohodě. Pokud to bude k něčemu a něco vymyslí. Ale kdyby přišla a řekla, dnes žádný uklízení, venku je hezky - půjdeme na procházku, tak i jak jsem pohodlná, tak se obleču a půjdu.

V čem Vám návštěvy asistentek pomáhají?

Že tu nejsem sama. S nákupem, prostě to, co nezvládnou sama, a i to oblečení.

Jak se cítíte po odchodu asistentky?

Smutná, že jsem tady zůstala sama.

Pokud byste mohli něco na službě změnit, co by to bylo?

Vedení společnosti by mělo vysvětlit asistentkám, že oni by měly vlastně nahradit rodinného příslušníka, který tam nemůže být. Já třeba beru samozřejmě, když si nemám s ní co povídat, tak jí nebudu vyprávět o rodině. Měla jsem velké problémy s nemocí svojí i dcery a člověka potěší, když třeba přijde a první co řekne "jak je?". Cítit ten zájem. Teď s těmi čtyřmi jsem, ale víceméně spokojená, ale kdybych se měla vrátit do dob manžela, tak kdybych byla schopná to sama zvládnout, ale to nebylo v mých silách.

Jsou některé aktivity, které byste naopak chtěla na službách začít dělat, nebo aspoň je vyzkoušet?

Pokud bude čas, tak klidně ty křížovky, budu ráda, když spolu budeme vyplňovat. Ono by to bylo dobré zejména v zimních měsících. Nebo bychom mohly začít hrát karty. Bohužel v těch dvou hodinách se to nedá.