

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Pavla Skácelová

Programy a terapie pro seniory zaměřené na  
aktivizaci seniorů realizované pobytovými a  
ambulantními sociálními službami

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vojtěch Herentín

**2014**

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně a všechny použité prameny a literaturu jsem uvedla v závěrečném seznamu.

V Olomouci dne 31. března 2014

Pavla Skácelová

Děkuji touto cestou Mgr. Vojtěchu Herentinovi za odborné vedení, konkrétní rady a pomoc při tvorbě této práce. Děkuji respondentům za jejich ochotu a vstřícnost. Ráda bych poděkovala také svým blízkým za podporu a trpělivost při psaní této práce, ale také během studia.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Stáří</b> .....	<b>7</b>
1.1 Periodizace stáří .....	7
1.2 Změny ve stáří.....	8
1.2.1 Biologické změny ve stáří.....	8
1.2.2 Psychické změny ve stáří.....	9
1.2.3 Změny v sociální oblasti .....	11
1.3 Adaptace na stáří .....	11
1.3.1 Příprava na stáří.....	12
1.3.2 Reakce na stáří.....	13
<b>2 Potřeby</b> .....	<b>15</b>
2.1 Potřeby seniorů.....	15
<b>3 Kvalita života seniorů</b> .....	<b>18</b>
<b>4 Role rodiny v životě seniora</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Sociální služby</b> .....	<b>23</b>
5.1 Vymezení pojmu sociální služby .....	23
5.2 Sociální služby pro seniory .....	24
<b>6 Aktivizace seniorů</b> .....	<b>27</b>
6.1 Možnosti aktivizace seniorů.....	28
<b>7 Praktická část</b> .....	<b>30</b>
7.1 Cíl šetření .....	30
7.2 Metoda šetření .....	31
7.3 Výzkumný vzorek .....	32
7.4 Zpracování dat .....	33
7.5 Výsledky šetření .....	33
7.6 Zhodnocení a závěr.....	52
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>57</b>
<b>Seznam literatury</b> .....	<b>58</b>

## ÚVOD

V současné době ve všech vyspělých zemích dochází k prodlužování střední délky života. Přibývá stárnoucí populace, což je ve velké míře ovlivněno moderní medicínou, správnou životosprávou, přístupem jednotlivých lidí ke svému životu. V moderních společnostech se problematika života seniorů stala předmětem narůstajícího zájmu. Stárnutí je přirozenou vývojovou etapou života. Zajištění pomoci starým lidem může nabízet rodina, ve které senior žije nebo některé ze zařízení sociálních služeb, jejichž činnost se rozvinula po politických změnách v roce 1989. Legislativně podložené sociální služby začaly fungovat nabitím účinnosti zákona 108/2006 Sb, Zákona o sociálních službách. Zařízení sociálních služeb nabízejí seniorům spoustu možností výběru programů a terapií. Z těchto činností si mohou senioři vybrat podle svého zájmu uvážení, jsou zaměřeny na kvalitní a smysluplné prožití času.

I přes to, že nepracuji v sociálních službách, práci zaměřenou na problematiku stáří, seniory jsem si vybrala na základě přímé osobní zkušenosti v nejbližší rodině. Dále jsem se s touto cílovou skupinou setkala při své praxi v Domově pro seniory POHODA v Olomouci. Zde se velmi změnil můj pohled jak na seniory, tak i na domov pro seniory jako takový. Byla jsem velmi potěšena, jakých aktivit a terapií se senioři zúčastňují, co vše je jim nabízeno prostřednictvím sociálních služeb. Během studia jsem se zapojila také jako dobrovolník u sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením u Maltéžské pomoci o.p.s. v Olomouci a následně i při osobní asistenci u seniorů. Všechny tyto činnosti, získané zkušenosti mně obohatily do dalšího života.

Symbolickým cílem bakalářské práce je zaměření na seniorskou populaci, množství programů a terapií, které jsou prostřednictvím zařízení sociálních služeb seniorům nabízeny.

Poznávací cíl této práce má za úkol zjistit, jaké programy a terapie zaměřené na aktivizaci seniorů jsou ambulantními a pobytovými sociálními službami nejvíce nabízené a využívané, o které je mezi seniory největší zájem.

Výstupy práce odkrývají, jaké aktivity a terapie v ambulantních a pobytových zařízeních sociálních služeb jsou nejvíce využívané, a které patrně nejvíce vyhovují cílové skupině seniorů. Výsledky šetření poskytnou cenné informace, ze kterých je

možno vycházet při aplikaci činností pro seniory, pro zkvalitnění stávající nabídky služeb, programů, terapií pro klienty – seniory.

První část bakalářské práce je věnována popisu teoretických poznatků o stárnutí a stáří, charakteristiku adaptace a reakce na stáří. Dále popisují potřeby seniorů, ze kterých je důležité vycházet při nabízených sociálních službách. Neméně důležitá je i kvalita života seniorů, které se věnují v jedné z dalších kapitol. Nemalou roli v péči o seniora zastává i rodina. Pokud se rodina o seniora nemůže postarat, (ať už z důvodu, že sami jsou ještě v produktivním věku nebo nemají dostatek síly) pokud žije senior sám, přichází na řadu sociální služby pro seniory jako nástroj pomoci při uspokojování potřeb. Ve druhé části bakalářské práce je pozornost zaměřena na šetření, jehož cílem je zjistit, jaké programy a terapie jsou seniorům nabízeny a nejvíce využívány v ambulantních a pobytových zařízeních sociálních služeb.

# 1 STÁŘÍ

Podle Langmeiera, Krejčířové (2006, s. 210), se problematika stáří stává závažným celospolečenským problémem. Vlivem postupného stárnutí populace dochází k nárůstu procentuálního zastoupení seniorů v populaci. Přispívá k tomu prodloužení střední délky života a současný pokles počtu narozených dětí.

Haškovcová (2002, s. 14) uvádí, že důsledky ekonomické i sociální politiky jsou závažné. Celospolečenskou starostí je to, aby každému starému člověku byly zajištěny základní a materiální předpoklady, tak aby mohli kvalitně prožívat stáří, využívat dostupnou a kvalitní péči o nemocné nesoběstačné osoby.

Nelze jednoznačně říci, od kdy může být člověk pokládán za starého. Toto je individuální. U téhož člověka může dojít k poklesu výkonnosti v některé činnosti, zatímco v jiné činnosti jeho výkon stoupá nebo je stabilní. Někteří lidé si zachovávají duševní svěžest i tělesnou zdatnost do vysokého věku, u jiných tyto schopnosti klesají. „Obecně se dá říci, že z hlediska společenského je člověk „starý“, když je za takového pokládán ostatními členy společnosti.“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204)

Dříve byla hranice věku starého člověka kolem padesáti let, v dnešní době se hranice v rozvinutých zemích posunuje na dolní hranici stáří, a to na 65 let.

## 1.1 Periodizace stáří

Dnes se ve většině zemí věk lidí definuje podle 15ti leté periodizaci lidského věku. Je to nejrozšířenější členění, tak jak ji navrhla Světová zdravotnická organizace -

60 - 74 let: rané stáří

75 – 89 let: vlastní stáří

90 a více: dlouhověkost (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 17).

Podle některých autorů, mimo jiné i Kalvacha a kol. (1997, s. 22) se uplatňuje členění:

65 – 74 let: mladí staří – řeší problematiku adaptace na stáří, volného času, aktivit, seberealizace,

75 – 84 let: staří – dochází ke změně funkčních zdatností, mnohdy nastupují zdravotní problémy,

85 a více: velmi staří – do popředí se dostává zabezpečení a sledování soběstačnosti seniorů.

Kalendářní věk je pro charakteristiku člověka důležitý, nicméně nevyovídá nic o funkčním věku člověka. Funkční věk – respektive funkční stav je hodnocení biologického věku daného jedince ve všech psychosociálních souvislostech (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 18).

## 1.2 Změny ve stáří

Stárnutím se rozumí změny ve struktuře a funkcích organismu (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202). Jedná se o změny v oblasti tělesné (biologické), psychické, sociální.

### 1.2.1 Biologické změny ve stáří

Stárnutí přináší zhoršení tělesného i duševního stavu. Tento proces bývá individuálně variabilní z hlediska času, rozsahu i závažnosti projevů. Proces stárnutí závisí na dědičných předpokladech a důsledcích různých vlivů prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka postupně nahromadily (Vágnerová, 2007, s. 311).

Mlýnková (2011, s. 13) k tomu doplňuje, že u některého člověka změny probíhají rychle, u jiného pomaleji. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována, podepisuje se na ní životní styl, prostředí, ve kterém člověk žije, práci, kterou vykonává, stresem.

„Biologické projevy stárnutí jsou nápadné: Je snížena odolnost vůči infekcím, zvyšuje se sklon k nádorovým onemocněním, zpomaluje se hojení ran, ztrácí se pružnost vaziva, sklerotizují se cévy apod. Biologické znaky stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních, jejich buňkách, nejzávažnější jsou však v nervové a endokrinní soustavě, které zajišťují neurohumorální regulaci všech tělesných a duševních projevů. Nejčastěji bývají popisovány různé degenerativní změny a pokles základního metabolismu“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 202).

Podle Hamiltona (1999, s. 25-26) stárnoucí tělo člověka nejvíce omezuje. *Tělesné tkáně - pokožka a svaly* ztrácejí elasticitu, na buněčné úrovni dochází ke zhoršení výkonnosti mitochondrií. Tyto změny mají špatný vliv na funkci orgánových soustav. *Vylučovací soustava* zpomaluje svou činnost, pomaleji vylučuje odpadní látky z těla. *Trávicí soustava* nedostatečně vstřebává živiny, ubývá svalové hmoty. *Dýchací*



soustava zajišťuje menší přívod kyslíku do organismu. *Oběhová soustava* ztrácí svoji sílu, při rozvodu krve do celého organismu spotřebuje více energie. Dále autor píše, že se začínají projevovat poruchy *smyslových orgánů*. „Smysly slouží mozku jako nástroje kontaktu s okolním prostředím. Stárnutím podmíněné zhoršování vnímání zbavuje mozek možnosti plně prožívat okolní svět (Hamilton, 1999, s. 27). K těmto změnám dochází již od rané dospělosti. Začíná se postupně zhoršovat zrak, sluch, poruchy chůze a rovnováhy, zrakově – prostorová orientace. Staří lidé potřebují delší dobu pozorování pro zpracování zrakových podnětů (Hamilton, 1999, s. 29).

### 1.2.2 Psychické změny ve stáří

Ve stáří dochází také k mnoha změnám u psychických funkcí. Dá se říci, že psychické změny v období stáří závisí jak na biologických, tak na sociokulturních vlivech. „Doba, kdy se změny dané stárnutím začnou projevovat, jejich dynamika i způsob, jakým na ně starý člověk reaguje, jsou individuálně rozdílné.“ (Vágnerová, 2007, s. 315). Dále autorka uvádí, že mezi biologické změny můžeme řadit celkovou pomalost, obtíže v zapamatování. Změny, které vyvolala nějaká nemoc, zpomalení reakcí, změny v prožívání, uvažování. Psychosociální kompetence ovlivňuje pokles *inteligence*, zhoršení *adaptačních schopností*. Lidé stejné generace získali podobnou sociální zkušenost, návyky. Působili na ně podobné sociokulturní vlivy, stresy, traumata – např. válečná generace. U starých lidí dochází ke změně psychických funkcí v různou dobu jejich života, je to individuální. Dá se říci, že psychické změny se týkají většiny populace (Vágnerová, 2007, s. 316-317).

Do změn poznávacích procesů můžeme zahrnout změny *aktivační úrovně*. Projevují se pomalostí, prodlužují se jejich reakční časy. To znamená, že na zpracování nové informace a reakce na ni, potřebují více času. Pro seniora to může představovat velký tlak a stres. Pomalost může být ovšem i pozitivní, staří lidé jsou trpělivější a rozvážnější než v dřívějším životě (Vágnerová, 2007, s. 318-319).

*Orientace* na prostředí patří mezi další poznávací procesy. Je to ovlivněno zhoršením zraku a sluchu. Nápomocí mohou být různé kompenzační pomůcky. „Zlepšení zrakové a sluchové percepce brýlemi, sluchadly a jinými pomůckami, může proto znamenat velkou pomoc v celkovém osobním přizpůsobení i ve společenském zařazení stárnoucího člověka“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204).

*Soustředění, pozornost, obtížnost vnímání* u seniorů vedou k vyšší únavě, napětí, úzkostem, depresím.

Ke zhoršení paměti (což je běžný projev stárnutí) a nedostatky *paměťových funkcí* dochází již v raném stáří. Vágnerová (2007, s. 321-324) popisuje, že se zhoršuje paměť, staří lidé si daleko lépe vybaví zážitky z minulosti, oproti tomu, co prožili v nedávné době. To si nevybavují nebo nepamatují. Je to ovlivněno nejenom biologickými změnami, ale také genetickými předpoklady, zdravotním stavem, zkušenostmi a duševní činností jedince. Změny intelektových funkcí úzce souvisí s biologickými a psychosociálními faktory. Jsou značně individuální a vzájemně se ovlivňují. Hodně závisí na dosaženém vzdělání. U lidí s vyšší inteligencí se dá předpokládat, že se zabývají intelektuálními aktivitami, dále se rozvíjejí. Projevují zájem o to, čemu se dříve věnovali.

Podle Langmeiera, Krejčířové (2006, s. 207) je mnoho lidí, kteří se i ve vyšším věku učí novému cizímu jazyku, slepeckému písmu, pracují s počítačem. Tím pokračují v osobním růstu a zdokonalení, získávají nové zkušenosti.

Staří lidé používají znalosti, které získali dříve, podle toho i uvažují. Hůře chápou nové věci, nechtějí se učit něčemu novému, jsou hůře přizpůsobiví. Jednají a konají stereotypně a rutinně (Vágnerová, 2007, s. 324).

V období stáří dochází ke změně regulačních procesů. Je charakterizována snížením adaptability a odolnosti vůči zátěžovým a stresovým situacím. K nejvíce viditelným změnám dochází v oblasti emočního prožívání a emoční reaktivity. *Afektivní prožívání* nabývá ve stáří jiné kvality. „Citové prožívání se většinou stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí – člověk se již tak snadno nenadchne pro nové, ale současně řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207).

Vágnerová (2007, s. 343-344) uvádí, že staří lidé bývají často citově labilnější, bývají pozorovány změny vůle. Někteří se neradi rozhodují, jsou tvrdohlaví, na svém rozhodnutí trvají za každou cenu. S postupem stárnutí může dojít k úpadku všech projevů vůle, k rezignaci, apatii.

### 1.2.3 Změny v sociální oblasti

S nástupem stáří dochází k mnoha změnám v sociální oblasti. Týkají se jak jedinců, tak i sociálních skupin. Jsou zasaženy sociální role člověka, sociální kontakty, ekonomická úroveň. Je nesmírně důležité, jak se jedinec adaptuje na jednotlivé změny v životě. Odchodem do důchodu ztrácí roli, kterou zaujímal ve svém zaměstnání. Pokud zemře jeden z manželů, známých, přátel, dochází k zúžení sociálních kontaktů. Dochází samozřejmě i k získání nových rolí. Narozením vnoučat, kdy člověk v důchodu má více času si tuto roli prožít. Nová přátelství, nové sociální kontakty může člověk získat, pokud se rozhodne navštěvovat zájmové kroužky. Velkou měrou se na změně v sociální oblasti podílí i ekonomická situace. U řady lidí dochází ke značnému poklesu příjmu, musí se naučit žít – vyjít s nižší finanční částkou než dříve. V aktivním životě byl člověk zvyklý na určitý životní standard, s odchodem do penze se tento standard snižuje. Z tohoto důvodu většinou dochází k omezení kulturních, společenských a někdy i sportovních akcí. Staří lidé přehodnocují, za co své finanční prostředky utratí. Více finančních prostředků věnují na zajištění základních potřeb, léků a kompenzačních pomůcek. Často má na to vliv jejich zhoršující se zdravotní stav.

Podle Vágnerové (2007, s. 350) staří lidé preferují kontakty se známými lidmi. To zahrnuje především potřebu komunikovat s vlastní rodinou, přáteli. Se zvyšujícím se věkem se počet známých zmenšuje, člověk se může cítit osamělý. Dochází ke ztrátě mnoha sociálních kontaktů, izolaci od společnosti.

Změny samostatně jsou nevyhnutelné ve smyslu jejich existence, záleží však na tom, jak je člověk přijme, naučí se s nimi žít, to znamená jak se na takový život adaptuje.

### 1.3 Adaptace na stáří

Křivohlavý (2011, s. 55) popisuje adaptaci jako velmi důležitý jev, se kterým se setkáváme často ve vyšším věku. Týká se toho, jak se člověk vyrovnává s tím, co mu život přináší, a to jak z vnějšku (z prostředí mimo něj), tak i z vnitřku (z jeho vlastních problémů).

Podle Malíkové (2011, s. 24) by se člověk neměl bránit změně životního stylu v rámci jeho věku, zdravotního stavu. Období stárnutí a stáří může být velmi pozitivním a plnohodnotným úsekem života, ve kterém jedinec vyrovnaně prožívá svůj věk, užívá

si zaslouženého odpočinku. Stáří by měl akceptovat s klidem a vyrovnaností. Člověk je ovlivněn řadou okolností, zejména prostředím, ve kterém žil, výchovou, vzděláním, zdravotním stavem, typem osobnosti, pozicí jedince v rodině, citovým a sociálním zázemím, emocemi, ekonomickými možnostmi.

Venglářová (2007, s. 15) k tomu doplňuje, že dalšími okolnostmi jsou i vrozené dispozice, flexibilita, odolnost vůči zátěži.

Adaptace jedince je závislá na mnoha faktorech. Nejdůležitější je osobnost člověka, vlastní životní filosofie, zkušenosti a aktivita během dosavadního života uvádí Mlýnková (2011, s.16)

Stáří je spojeno s velkým množstvím změn. Jednou z nejvýznamnějších je odchod do penze. Člověk přechází z aktivního, pracovního života, kde měl čas řízený prací, do důchodu. Zde si může vlastní harmonogram rozvrhnout sám, může se věnovat zájmům a koníčkům, na které mu v průběhu aktivního života nezbýval čas. S přibývajícím věkem by lidé měli přemýšlet o zabezpečení ve stáří. Podle počátku přípravy na stáří se dá hovořit o třech typech rozdělení přípravy na stáří.

### **1.3.1 Příprava na stáří**

Pacovský (1990, s. 55) považuje za *dlouhodobou přípravu* na stáří skutečnost, že stáří je neoddelitelnou součástí života. Kvalitu života člověk do značné míry sám určuje, a to v celém průběhu života, kdy je kladen důraz na celoživotní výchovu, vzdělávání, zdravotní osvětu. To vše zahrnuje výchovu k harmonickému a smysluplnému životu, rozvoj vzdělání, společenské aktivity, osobní zájmy, stabilní rodinné vztahy, správnou životosprávu, odstaňování negativních návyků.

Mlýnková (2011, s. 18) tvrdí, že dlouhodobá příprava na stáří začíná již v dětství. V tomto období se děti učí úctě ke stáří a správnému chování k seniorům. Tyto informace získávají děti od svých rodičů.

Ke *střednědobé přípravě* na stáří lze přiřadit odchod dětí z domova, založení jejich rodin. Podle Pacovského (1990, s. 56) se střednědobá příprava na stáří dělí na tři okruhy:

Biologická rovina – osvojení zásad správného způsobu života formou aktivního odpočinku, dostatkem pohybu, racionální výživou.

Psychická rovina – přijmout stáří jako součást života, akceptovat roli, která seniora čeká v budoucnu.

Sociální rovina – věnovat se mimopracovním aktivitám, udržovat společenské kontakty, mít koníčky, angažovat se v různých společenských organizacích, kde může člověk navázat nová přátelství, kontakty.

V tomto období se dospělí lidé zabývají, přemýšlí nad tím, jak bude jejich život vypadat ve stáří. Jak ho budou zvládat, s kým ho budou žít, kdo se o ně bude starat, pokud toho sami nebudou schopni tvrdí Mlýnková (2011, s.18)

„*Krátkodobá příprava na stáří* (bezprostřední příprava na odchod do důchodu) se zahajuje asi 3-5 let před předpokládaným odchodem do důchodu. Odchod do důchodu je psychicky náročným obdobím, v němž člověk ztrácí dosavadní sociální postavení“ (Pacovský, 1990, s. 56). Dále autor uvádí, že mezi vlastní přípravu na důchod lze zařadit akceptaci role důchodce, příprava dokumentů, obnovu, úpravu bydlení, věnovat se měnícím se vztahům v rodině (Pacovský, 1990, s. 56-57).

Příprava na stáří není pouze věcí jedince, ale zaměřuje se na ni i sociální politika státu jako Národní program přípravy na stárnutí, integrovaná komunitní péče a jiné.

„Mezi hlavní principy politiky přípravy na stárnutí z pohledu politik státu musí patřit důraz na lidská práva, respektování genderového aspektu problematiky stárnutí, celoživotní přístup ke stárnutí a zdraví, důraz na rodinu a mezigenerační vztahy a respektování rozdílů mezi venkovem a městem“ (Čevela, Kalvach, Čeladová, 2012, s. 130).

Jak bude senior na své stáří reagovat se odvíjí jednak od celospolečenského klimatu vůči starým lidem, ale i od subjektivního vnímání vlastní identity.

### **1.3.2 Reakce na stáří**

Webrová (2012, s. 19) tvrdí, že prožívání stárnutí a stáří je individuální u každého seniora. Reakce na stáří závisí na osobním přístupu seniora, na jeho osobnosti a povahových rysech, na předchozím životě a životních zkušenostech. Při očekávání a příchodu stáří se u seniorů objevují různé pocity a reakce na změny, které stáří přináší.

„Podle společných znaků byly reakce na stáří typologicky rozděleny do pěti oblastí“ (Haškovcová, 1990, s. 114). Jak dále uvádí autorka, při *konstruktivním přístupu*, kdy je člověk samostatný, přijímá stárnutí se všemi projevy, udržuje si tělesnou kondici. Je optimistický, vstřícný, tolerantní, má smysl pro humor, radost ze života, udržuje dobré vztahy s rodinou a okolím. Další strategií je *strategii závislosti*, kdy si senior vynucuje od okolí pomoc a péči, manipuluje s nimi. Většinou se jedná o ty osoby, které

se nemohou vyrovnat s odchodem do důchodu. Je jim blízký pohodlný způsob života, materiální zabezpečení, pomoc od rodiny nebo formou institucionální péče. Další oblastí je *obranná strategie*, při níž osoby popírají přicházející stáří, nepřiznávají svůj věk. Odchod do penze oddalují, udržují svou soběstačnost, pracovní i společenské postavení. Jedná se o lidi, kteří v životě hodně pracovali. Oddalují tím realitu, která odchodem do důchodu nastává (Haškovcová, 2010, s. 83).

Další oblastí podle Mlýnkové (2011, s. 17) je *nepřátelský postoj*, který senioři zaujímají k jiným lidem. Svalují vinu na druhé, bývají agresivní, zlostní, nespokojení. Často žijí osamoceni. Poslední oblastí je *sebenávist*, která se projevuje u seniorů, kteří jsou lítostiví, pesimističtí, život se jim zdá nedostatečně naplněn. Zdá se jim, že jej promarnili. Žijí a cítí se osamoceně, nové kontakty ovšem nemají potřebu navazovat.

Aby se člověk dobře adaptoval na životní role v seniorském věku, je vhodné, aby s přípravou na seniorský život započal již během produktivního věku. To, jakým způsobem se člověk připravuje, reaguje na stáří se odvíjí i od potřeb, které jsou specifické pro tuto věkovou skupinu.

## 2 POTŘEBY

Nutnost uspokojování potřeb je provázána po celý život. Od narození až po smrt člověka.

Trachtová tvrdí, že potřeba je projevem nedostatku, deficitu nebo strádání. Po jeho odstranění dochází ke zlepšení stavu člověka a jeho spokojenosti (Trachtová, 2001, s. 10).

„Potřebou se nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je projevem bytostného přání.“ (Pichaud, 1998, s. 36)

Podle Malíkové (2011, s. 167) se potřebám lidí věnovalo spoustu autorů, vzniklo mnoho škál – stupnic potřeb. Mezi nejvýznamnější nejrozšířenější patří Maslowova hierarchie potřeb, která doznala mnoho úprav.

### 2.1 Potřeby seniorů

Pichaud (1998, s. 41) uvádí, že i u starých lidí je důležité uspokojovat všechny potřeby. Nejen fyziologické potřeby (jídlo, pití, spánek...), ale i potřeby psychosociálního rázu (pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost, smysl života). Fyzická, psychická a sociální stránka života tvoří celek lidských potřeb, který by měl být naplněn i u starých lidí.

Senioři velmi často bývají odkázáni na pomoc okolí, zejména rodiny. Potřeba péče je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, které člověka omezují ve schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby (Janečková in Matoušek, 2005, s. 163-164).

Základním prvním stupněm Maslowovy pyramidy potřeb jsou *fyziologické potřeby*. Tyto jsou pro starého člověka těmi nejdůležitějšími, nejvíce prioritními. Jedná se o potřeby dýchání, jídla, pití, vylučování, spánku, fyzické aktivity, pohlavního styku, regulace teploty (Malíková, 2011, s. 168).

Druhým stupněm je *potřeba bezpečí*. Zejména u starších lidí se jeví jako nejdůležitější potřeba psychického bezpečí a citové jistoty. Což závisí ve značné míře na okolí, na poskytované péči a dostupnosti této péče (Vágnerová, 2007, s. 413).

Pichaud (1998, s. 38) tvrdí, že potřebu bezpečí lze rozdělit na tři stupně: *ekonomické bezpečí, fyzické bezpečí, psychické bezpečí*. K neuspokojení *potřeby ekonomického bezpečí* může dojít, jestliže mají senioři nedostatek finančních prostředků na živobytí, může se u nich projevit úzkost a strach z budoucnosti.

Podobný názor sdílí i Sýkorová (2007, s. 126), samostatnost, finanční soběstačnost a nezávislost na druhých je pro seniory velice důležitá.

*Potřeby fyzického bezpečí* zahrnují strach z pádu, zejména u hůře se pohybujících seniorů. Bývá u nich snižená pohyblivost a jistota z pohybu. Těmto lidem mohou pomáhat rodinní příslušníci, pečovatelky nebo různé kompenzační pomůcky. Poslední oblastí je *potřeba psychického bezpečí*. Jedná se o pocit jistoty, nemít strach, necítit se ztracený. K přispění pocitu bezpečí se dá zařadit vytvoření orientačních bodů v životě seniora. Patří k nim jídlo, sledování televize, příchody pečovatele, návštěvy rodinných příslušníků, nakupování (Pichaud, 1998, s. 38).

Třetím stupněm Maslowovy pyramidy potřeb jsou *potřeby sociální*.

Vágnerová (2007, s. 413) píše, že potřeba sociálního kontaktu a citové vazby je velmi důležitá zejména pro starší seniory. Tito jsou ve velké míře závislí na vztazích s nejbližšími lidmi. Je pro ně důležité patřit k nějaké skupině, zejména k rodině.

Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut patří také k sociálním potřebám. V lidském životě je komunikace velice důležitá. Potřeba komunikace se u různých lidí liší. „Mít možnost s někým mluvit, rozmlouvat, konverzovat, vyjádřit svůj názor, sdělit své myšlenky“ (Pichaud, 1998, s. 39).

Pocit naplnění života zažívá senior pokud dostává potřebné informace, může se vyptávat, získaným informacím rozumí (Klvetová, Dlabalová, 2008, s. 73).

Některý ze seniorů má velkou potřebu mluvit, jiný zase jen naslouchat, získávat nové poznatky.

Předposledním stupněm Maslowovy pyramidy je *potřeba autonomie*.

„Představy seniorů o autonomii obsahují svobodu, resp. samostatnost v názorech, v rozhodování, jednání a odpovědnosti ze ně a emocionální nezávislost“ (Sýkorová, 2007, s. 87).

Podle Vágnerové (2007, s. 414) tato potřeba existuje i v pozdním stáří, dochází však ke změně obsahu. Staří lidé si chtějí sami rozhodovat o tom, co je pro ně zvládnutelné a dostupné.

Nejvyšším bodem pyramidy je potřeba *seberealizace*. Tato potřeba je Malíkovou (2011, s. 168-170) hodnocena jako nejvyšší potřeba, při které dochází



k naplnění záměrů a představ jedince. Dochází k seberealizaci jedince, jeho potenciálu, ke snaze něco dokázat.

Kaufmanová vidí u seniorů jako nejdůležitější naplnění potřeb fyziologických, potřebu bezpečí a sociální potřeby. Tyto jsou závislé zejména na zdravotním stavu, podmínkách bydlení, sociálních kontaktech. Dále uvádí, že láska, zdraví, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost psychická a fyzická pohoda patří mezi hodnoty, které jsou pro seniory důležité (Kaufmanová in Dvořáčková, 2012, s. 39).

Klevetová, Dlabalová (2008, s. 57) tvrdí, že péče o seniora musí vycházet z chápání člověka jako celistvé bytosti, kde vše souvisí se vším. Zejména naplňování psychosociální potřeby má velký význam pro upevnění celkového tělesného zdraví a motivaci k dalšímu životu.

Na rozsahu a způsobu uspokojování potřeb závisí do jisté míry i kvalita života seniorů. Je nutné rozlišit o jaký seniorský věk se jedná, jaké cíle senior ještě v životě má a hlavně jaká je hierarchie jeho potřeb.

### 3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ

Jak uvádí Vávrová (2012, s. 39) kvalita života je velmi těžce uchopitelnou a měřitelnou veličinou.

Kitliňská (2012, s. 128) uvádí, že na kvalitě života v každém věku podepisují mezigenerační vztahy, rozvoj jedince, společenské klima.

Kvalita života vyjádřit širokou škálou v různých oblastech a zkušenostech člověka (fyzické funkce, prožívání životního štěstí, dosažení životních cílů. Kvalita života je multidimenzionální konstrukt, který je zabezpečován intervencí mnoha oborů (mezi nimiž je hlavně medicína, ošetřovatelství, sociologie, psychologie, pedagogika, andragogika, ekonomie) a spolupodílejících se faktorů (Gurková, 2011, s. 23).

Na kvalitě života se podepisuje to, jak člověk prožíval svůj život, zdravotní stav a s ním související fyzická a psychická výkonnost, věk, pohlaví, rodinná situace, životní úroveň. Kritérium kvality života ve starším věku je různorodost potřeb fyziologických, psychických, sociálních a možnost jejich uspokojování (Mühlpachr, 2004, s. 137-138).

Kvalitu života určuje i způsob stárnutí a způsob prožívání stáří v této vývojové etapě.

Jiní autoři k tomuto udávají, že rozhodujícími determinantami pro kvalitu života ve stáří jsou: funkční zdraví – především mobilita, kognitivní schopnosti, výchova a vzdělání, osobnostní charakteristiky, majetkové poměry, sociální síť – rodina, prostředí, dostupná reálná a účelná nabídka sociálních, zdravotnických, psychoterapeutických spirituálních služeb (Čevela, Kalvach, Čeladová, 2012, s. 69-70).

Dvořáčková (2012, s. 57) k tomuto dodává, že kvalita života je nejen výsledkem působení mnoha faktorů – sociálních, zdravotních, ekonomických, enviromentálních, ale zahrnuje také otázky smyslu života v rámci osobní svobody a spokojenosti.

Podle Langmeiera, Krejčířové (1998, s. 194-195) je pro kvalitní život ve stáří důležité vytvořit si program pro volný čas. Tento program může zahrnovat udržování a navazování nových kontaktů, společná setkávání vrstevníků, prohlubování mezigeneračních vztahů. Úspěšné stárnutí spočívá v udržování duševní hygieny, což zahrnuje rovnováhu mezi odpočinkem a aktivitou – fyzickou i duševní činností. Aktivizace seniorů je individuální, mělo by se jednat o hledání motivace, krátkodobých

a dlouhodobých cílů, posilování sebeúcty. Všechny aktivity – sociální, psychické, fyzické dávají životu smysl a pocit naplnění.

Na kvalitě života seniorů se velkou měrou podílí i to, kde staří lidé tráví „podzim svého života“. Jedním z hlavních zdrojů pomoci v péči o seniora je rodina.

## 4 ROLE RODINY V ŽIVOTĚ SENIORA

Role rodiny v případě seniora, který potřebuje aktivizaci v sociálních službách bude pravděpodobně spočívat v pomoci zajištění této služby, popř. dopravy do ambulantního zařízení sociálních služeb. Roli rodiny nelze opomenout ani v případě, že je senior umístěn v sociální službě. Aktivovaný člověk potřebuje svým blízkým sdělovat svoje prožitky, pocity a očekávání o tom, co mu aktivizační služba přináší. Tato emocionální péče přinášena rodinou jakoby „zvenčí“ je pro seniora nenahraditelná. Úloha rodiny nelze tedy opomenout v jakémkoliv typu péče o seniora, a to i co se týká rozsahu. Role rodiny je důležitá i při občasných výpomocích.

„Dobře fungující rodina poskytuje všem členům pocit bezpečí, pochopení a vzájemnou pomoc v případě potřeby. Panuje zde přirozená úcta ke starším, ale i respekt a podpora práv a nároků mladších členů rodiny. Soužití všech členů rodiny je postaveno na demokratických principech, solidaritě, a především lásce (rodičovské, sourozenecké, dětí a vnuků k rodičům, prarodičům).“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 80)

Trpišovská a kol. (2000, s. 36) uvádí, že rodina plní funkci biologickou, zároveň i společenskou. Členy rodiny spojuje vzájemné soužití, pomoc, morální zodpovědnost.

Rodina měla sloužit k uspokojování potřeb svých členů. Jedná se zejména o uspokojování potřeb citových, pocitu bezpečí, sounáležitosti, ochrany (Zvonařová, 2012, s. 7).

K základním lidským potřebám patří být pozitivně přijímán, někam patřit. Realitou života je, že někteří senioři potřebují péči, ať už dočasnou, či trvalou. Dále uvádí, že oporou lidem s ohroženou soběstačností je rodina, stát, obec, sousedé, komunitní programy. „Pod pojmem integrovaná komunitní péče bychom si měli spíše představovat propojenost a dostupnost nejrůznějších služeb a aktivit bez ohledu na jejich povahu. Zdůrazňování role rodiny, domácí ošetrovatelské péče, seniorských center, komunitní péče, sousedských vztahů je plně v souladu s představami o zásadách péče o osoby s ohroženou či zkrácenou soběstačností.“ (Kalvach, 1997, s. 127-129)

Rheinwaldová (1999, s. 10) tvrdí, že péče o občany, kteří se nemohou o sebe starat sami, patří k morálním povinnostem zdravých a produktivních osob. V minulosti tomu tak bylo. V první polovině 20. století bylo zcela normálním jevem společné soužití

více generací , a to zejména na venkově. Zde býval systém výměnků, kde dožívala starší generace, podporována svými potomky. Staří lidé se těšili vážnosti a úctě.

V současné době společně bydlí jen nukleární rodina (rodiče a děti), prarodiče a praprarodiče bydlí jinde (Kubalčíková, 2012, s. 100).

Nukleární rodiny, stejně tak i senioři si navykli na samostatný způsob života a těžko se ho vzdávají. Každý bydlí sám, ve svém (Haškovcová, 2002, s. 42).

Naproti tomu Klevetová, Dlabalová (2008, s. 80) uvádí, že generační soužití řeší problém opuštěnosti starých lidí. Pokud jsou prarodiče zdraví, pomáhají svým dětem s výchovou vnoučat, vykonávají běžné domácí práce. Naopak, pokud oni potřebují, starají se o ně jejich dospělé děti nebo vnoučata. Jde o spolupráci v rodině na základě reciprocity.

Toto lze nazvat podle Havlíkové (2012, s. 111) mezigenerační směnou, která spočívá v tom, že seniorská generace není pouze objektem pomoci a péče. Je to splacení toho, že senioři pomáhají svým dětem s hlídáním vnoučat.

Sýkorová (2007, s. 167) k tomu udává, že dospělé děti pomáhají starším rodičům při namáhavých domácích pracích, s běžným chodem domácnosti, zprostředkovávají styk s úřady, údržbou bytu, domu.

Změny ve společnosti a změny životního stylu zapříčinily i změnu vztahů v rodině, možnosti pomoci a péče seniorům. (Rheinwaldová, 1999, Baláž, 2012).

Do problému vstupuje také otázka bydlení. Jednak postupně mizí snaha o vícegenerační bydlení a také velmi mladé rodiny většinou nedisponují dostatečně velkými prostorami, do kterých byt' přechodně by umístili příbuzného seniorského věku, který potřebuje pomoc. Dalším trendem doby je prodlužování produktivního věku, z čehož vyplývá, že i mladší senioři jsou ještě plně zapojeni do pracovního procesu. Obzvláště tato skupina má obavy zůstat se svým starým rodičem doma, protože vyhlídky na opětovné zapojení do práce např. po padesátém pátém roce jsou mizivé (Haškovcová, 2002, s. 43).

Klevetová, Dlabalová (2008, s. 81) uvádí, že generace prarodičů stále častěji žije samostatně, při čemž dochází k citovému oslabení, začíná vážnout komunikace mezi generacemi, v rodině. Zůstává pouze u návštěv, krátkodobých pobytů vnoučat, příležitostných a slavnostních rodinných setkání.

Podle Haškovcové (2002, s. 34) převážná část starých lidí zůstává v péči rodiny. Pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu seniora, nastupuje zdravotnická péče. V současné době poptávka po umístění seniorů do různých typů zařízení převyšuje

nabídku. Narůstá potřeba vzniku většího počtu zařízení, organizací, společností zajišťujících tuto péči. Dále autorka uvádí, že občasná péče o staré občany bývá pravidelná a rodiny s touto péčí nemají potíže. Rodinná a sousedská výpomoc tvoří cca 70 – 80 % péče o staré občany.

Mlýnková (2011, s. 43) uvádí, že rodina poskytuje seniorovi i emocionální podporu, a to zejména tím, že senior lépe a snáze přijímá pomoc od blízkých než cizích osob.

Doplňujícím vyjádřením je podle Kubalčíkové (2012, s. 96) to, že základní podmínka pro setrvání seniora v přirozeném prostředí je závislá na ochotě rodiny zajistit seniorovi péči.

Pro většinu lidí je typické, že převážnou většinu života tráví v přirozeném sociálním prostředí, kde jsou obklopeni svými blízkými. Ne všichni lidé mají tu možnost a štěstí, že mohou celý svůj život prožít v přirozeném neústavním zařízení (Vávrová, 2012, s.40).

Rodinám, které se rozhodnou poskytnout tuto péči starým rodičům se nabízí několik možností pomoci a to pomoc v oblasti zdravotní péče a využití sociálních služeb (Haškovcová, 2002, s. 43-44).

V souvislosti s rostoucím počtem seniorské populace bude zvýšena poptávka po zabezpečení seniorů, kteří se stanou trvale závislými na pomoci druhé osoby, a to z důvodu omezení soběstačnosti při zajištění základních životních potřeb. Toto by mělo být zajištěno spoluúčastí péče prostřednictvím neformálních pečovatelských – rodiny, tak i poskytování formální – profesionální pomoci (Kubalčíková, 2012, s. 90).

V dnešní nízké úrovni propojenosti péče sociálních služeb s péčí rodinnou nedojde pravděpodobně k ideálnímu stavu, kdy by si senior sám určil, co pro něj udělá rodina na půdě sociální služby a naopak, co by chtěl, aby sociální služba udělala v jeho přirozeném sociálním prostředí. Ideální by bylo, kdyby se senior mohl aktivizovat i doma. Pro aktivizaci seniora jsou tedy oba zdroje nezastupitelné.

## 5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V průběhu stáří dochází k mnoha změnám, při kterých dochází ke snížení soběstačnosti, která se týká péče o domácnost, sebeobsluhy. Přichází okamžik pomoci od blízkého okolí. Pokud pomoc nemůže zajistit rodina, přátelé seniora, hledá senior pomoc další formou. Pomoc vyhledávají také příbuzní a blízcí seniora. Společenskou formou pomoci jsou sociální služby, kterých lze využít, kombinovat tak, aby senior mohl co nejdéle setrvat v jeho přirozeném prostředí. Současné trendy jasně hovoří o tom, aby senior zůstal v přirozeném sociálním prostředí co nejdéle. Je to velmi náročné, zejména pro osoby, rodinu, které se o seniora každodenně starají.

Může se stát, že rodinní příslušníci nejsou na situaci, že by se měli o seniora každodenně postarat připraveni nebo mají strach, že se o něj nedokáží postarat dostatečně dobře. Mohou být stále ještě zaměstnáni a nejsou schopni skloubit čas věnovaný péči o seniora se zaměstnáním a chodem vlastní rodiny (Kubalčíková, 2012, s. 91).

Společenskou formou pomoci jsou sociální služby, kterých lze využít a kombinovat tak, aby senior mohl co nejdéle zůstat v jeho přirozeném sociálním prostředí.

### 5.1 Vymezení pojmu sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění vymezuje sociální službou činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Podle zákona musí rozsah a forma pomoci zachovávat lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálně určených potřeb. Na osoby má působit aktivně, má podporovat jejich rozvoj a samostatnost, motivovat je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Při poskytování sociálních služeb musí být zachována lidská práva a základní svobody osob.

Sociální služby jsou v České republice součástí státního systému sociálního zabezpečení. Zákon o sociálních službách rozděluje sociální služby podle místa poskytování na služby *terénní, ambulantní a pobytové*. Jsou členěny do tří základních oblastí: *sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence*.

Základní *sociální poradenství* je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni poskytnout osobám potřebné informace k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je poskytováno podle potřeb jednotlivých sociálních skupin, např. občanské poradny, poradny pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením (Kolektiv autorů, 2011, s. 247).

*Služby sociální péče* si může jejich uživatel – příjemce kupovat – objednat na základě přiznaného příspěvku na péči (tento je také definován v zákoně o sociálních službách) u organizace, která poskytuje sociální služby. Dále zákon řeší platbu za poskytované sociální služby. Sociální služby poskytují organizace i jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění (Dvořáčková, 2012, s. 82).

*Služby sociální prevence* jsou určeny osobám, které jsou ohroženy sociálně negativními jevy, předcházejí sociálnímu vyloučení těchto osob (Kolektiv autorů, 2011, s. 247).

## 5.2 Sociální služby pro seniory

Senioři, stejně jako všichni ostatní lidé, pro které je sociální služba určena, mohou využít všech tří základních typů sociálních služeb (sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence) a zároveň i forem (pobytových, ambulantních, terénních). Základní poradenství je součástí poskytování všech druhů sociálních služeb. Poskytované informace přispívají k řešení nepříznivé sociální situace. V rámci odborného poradenství pro různé sociální skupiny i pro seniory, bývá častá i možnost půjčování kompenzačních pomůcek.

Zákon dělí sociální služby nabízené osobám se zdravotním postižením a seniorům podle místa poskytování na *terénní, ambulantní a pobytové*. *Terénní služby* jsou poskytovány osobám v jejich přirozeném sociálním prostředí. *Ambulantní služby* jsou služby, za kterými osoba dochází nebo je dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. *Pobytovými službami* jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (Zákon o sociálních službách, § 33). Službami, které se podstatnou měrou podílejí na zajištění fyzické a psychické soběstačnosti a zapojení do běžného života podle zákona 108/2006 Sb. jsou:

*Osobní asistence*, je služba, terénní, poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení,



jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje (Zákon o sociálních službách, § 39).

*Pečovatelská služba* je ambulantní nebo terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb (Zákon o sociálních službách, § 40).

*Průvodcovské a předčitatelské služby* jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb (Zákon o sociálních službách, § 42).

*Odlehčovací služby* jsou terénní, ambulantní a pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (Zákon o sociálních službách, § 44).

*Centra denních služeb* poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (Zákon o sociálních službách, § 45).

*Denní stacionáře* poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Pro týdenní stacionáře platí totéž, ovšem služby poskytují pobytové (Zákon o sociálních službách, § 46 – 47).

*Domovy pro seniory* poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon o sociálních službách, § 49).

*Domovy se zvláštním režimem* poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace

vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je při poskytování sociálních služeb přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (Zákon o sociálních službách, § 50).

Podle § 52 Zákona o sociálních službách jsou další službou určenou pro seniory *sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče*. Jedná se o pobytové sociální služby, jsou určeny osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než je jim zabezpečena pomoc osobou blízkou či jinou osobou nebo zajištěno poskytování terénních, ambulantních sociálních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

Zabránění vzniku sociálního vyloučení napomáhají také *služby sociální prevence* (Zákon o soc. službách, § 53), např. sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Mohou být ambulantní nebo i terénní, poskytované seniorům v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Hlavním úkolem *sociální rehabilitace* je dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných výkonů důležitých pro samostatný život s využitím zachovaných schopností, potenciálů, a kompetencí. Poskytuje se terénně, ambulantně nebo formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb (Zákon o sociálních službách, § 70).

Sociální služby mají za úkol působit na osoby aktivně, podporovat jejich rozvoj a samostatnost. Senioři jak v domácím přirozeném prostředí, tak i senioři v různých typech sociálních služeb mohou využívat ze spousty nabídek aktivit, programů, terapií, které jsou vhodné pro tuto cílovou skupinu.

## 6 AKTIVIZACE SENIORŮ

Podle Müllera (Kozáková, Müller, 2006, s. 36) je aktivizace jedním z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů, která přispívá k větší životní spokojenosti. Napomáhá k udržování potřebné tělesné a duševní výkonnosti a tím ke smysluplnému zapojení do společnosti.

Ten, kdo rozumí svému stárnutí, je připraven na duševní a tělesné změny, jež jsou nevyhnutelné, ten se dočká spokojeného stáří. Každý jedinec se může v nově získaném volném čase věnovat různým aktivitám, zájmům, koníčkům. Záleží na jeho zdravotním stavu, jak toto bude prožívat, jak to bude naplňovat jeho psychickou a sociální spokojenost.

Rheinwaldová (1999, s. 13) uvádí, že aktivizační programy realizované v zařízeních sociálních služeb, by měly být v rovnováze – program by měl zahrnovat trochu zábavy a trochu terapeutického účinku. Aktivity by měly uspokojovat potřeby seniorů a měly by jim poskytovat příležitost uplatňovat všechny své schopnosti a funkce. V zařízeních sociálních služeb by aktivity měly být přizpůsobené všem seniorům, jak těm, kteří jsou na tom zdravotně lépe, tak i těm, kteří jsou více závislejší na péči jiné fyzické osoby. Musí vycházet z potřeb a zájmů seniorů. Poskytování kvalitních programů, jejich skladba má velký vliv na zdraví klientů. Dochází ke zlepšení fyzického a duševního stavu seniorů, k prožívání aktivního stárnutí. Na těchto činnostech se podílejí pracovníci sociálních služeb, profesionálové, dobrovolníci.

Programy a aktivity, které jsou seniorům nabízeny v zařízeních sociálních služeb, mají za hlavní cíl posílení pocitu hodnoty jejich života, posílení funkčních schopností, podpoření fyzické zdatnosti, pohybových a kognitivních schopností. Toto vše vede k podpoře nejlepší možné kvality jejich života, i přesto, že senioři mají různá omezení následkem nemoci nebo zdravotního postižení. Aktivity a programy jsou určeny všem klientům v zařízeních sociálních služeb (Janečková in Matoušek, 2005, s. 184).

## 6.1 Možnosti aktivizace seniorů

Müller (2006, s. 37-38) udává, v jakých oblastech může probíhat aktivizace seniorů. A to v oblasti rehabilitační péče ve zdravotnictví – jedná se o fyzioterapeutické postupy, podpory rovné příležitosti pro seniory na trhu práce – prodlužování aktivní fáze jejich života, dostatečná nabídky různých forem institucionálně vedeného vzdělávání seniorů – kurzy, přednášky v ziskovém i neziskovém sektoru, dostatečná nabídky možností uplatňovat zájmy a koníčky, rovnosti příležitostí zapojení do veřejného života.

Tyto aktivizace se ve větší míře týkají seniorů, kteří jsou ještě aktivně zapojeni do života a nevyužívají některého z typů sociálních služeb.

Volnočasové aktivity by měly zahrnovat různé programy a aktivity. Tyto činnosti mají funkci léčebné terapie (Webrová, 2012, s. 34).

Volnočasovými aktivitami se dají nazvat všechny společenské, kulturní a sportovní činnosti, kterým se lidé věnují ve svém volném čase. Ti, kteří se věnují péči o seniory, by měli využít z možnosti nabízených volnočasových aktivit v dané lokalitě a nabízet je i těm ostýchavým seniorům. V zařízeních sociálního typu jsou volnočasové aktivity, programy nabízeny a provozovány pravidelně, přínosem je kontakt s vrstevníky při těchto společných akcích (Haškovcová, 2012, s. 170).

Podle Müllera (2005, s. 13) se k aktivizaci nejenom seniorů, ale i osob, které jsou znevýhodněny ve společenském životě využívají terapeutické přístupy.

Terapeutické přístupy – terapie jsou způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, směřující k odstranění nebo zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin k prospěšné změně (Kozáková, 2006, s. 41). Dále Kozáková uvádí, že terapie poskytují terapeuti s příslušným vzděláním, mohou probíhat v zařízeních, a to dlouhodobě i krátkodobě. Odvíjí se od věku, potíží seniora, uživatelů sociálních služeb. Mohou být léčivé, preventivní, rehabilitační, určené jednotlivcům, skupinám, rodinám, komunitám a musí vycházet z individuálních potřeb a přání klientů (Kozáková, 2006, s. 42)

V bytových a ambulantních zařízeních sociálních služeb jsou podle mnoha autorů nejvíce využívanými terapiemi: muzikoterapie, biblioterapie, zooterapie, reminiscenční terapie, arteterapie.

Při muzikoterapii se hudba využívá jako léčebný prostředek, uplatňuje se i u seniorů s postižením kognitivních funkcí. U seniorů se při této terapii využívá poslechu

hudby, kdy posluchač naslouchá, vnímá hudbu. Dochází k pocitu uvolnění, objevují se vzpomínky. Senior může být také zapojený do činnosti při společném zpěvu písní, jednoduchém cvičení na hudbu, může hrát na nějaký hudební nástroj (Webrová, 2012, s. 37).

Obsahem biblioterapie je jednak vlastní čtení a předčítání literárního textu, ale také tvorba nového literárního textu. Biblioterapie plní zejména funkci informační, výchovnou, relaxační (Müller, 2006, s. 49).

Zooterapie – petterapie představuje léčbu pomocí zvířat. U seniorů v zařízeních sociálních služeb jsou velmi oblíbeny návštěvy psů a koček (canisterapie a felinoterapie). Vyvolává to u nich vzpomínky na dobu, kdy oni sami měli nějaké zvíře. Tyto malá zvířata jsou vítána také pro to, že se s nimi lze pomazlit, pohrát si s ním (Haškovcová, 2012, s.174).

Reminiscenční terapie má u seniorů své nezastupitelné místo. Terapeut podporuje klienty ve vzpomínání na důležité události v životě, a to pomocí vzpomínkových předmětů, místností, krabic. Vhodným pomocným prostředkem jsou staré fotografie, časopisy, osobní předměty. Při reminiscenci dochází k vybavení příjemných prožitků, u kterých dochází k pozitivním emocem, což působí příznivě na psychiku jedince i jeho celkový zdravotní stav (Malíková, 2011, s. 238-239).

„Reminiscenční aktivity mohou probíhat formou skupinových setkání, ale především při každodenním individuálním kontaktu pracovníků s klientem.“ (Janečková in Matoušek, 2005, s. 189)

Arteterapie je léčba uměním, při které se používají nejrůznější techniky kreslení, malby. U seniorů jsou ve velké oblibě všechny aktivity, při nichž se vyrábějí drobné předměty – dárečky (Haškovcová, 2012, s. 54).

## 7 PRAKTICKÁ ČÁST

Teoretická část práce se věnovala problematice stáří a stárnutí. V závěru práce jsou popsány sociální služby, které jsou jednou z více možností péče o staré občany, jejichž prostřednictvím dochází k poskytování programů, terapií pro seniory. Úkolem výzkumného šetření je zjištění toho, jaké programy a terapie pro seniory nabízí v pobytových a ambulantních zařízeních sociálních služeb, a které vedou k aktivizaci seniorů.

Obsah této kapitoly se bude postupně zabývat cílem šetření, metodou šetření, popisem výběru výzkumného vzorku, zpracováním dat a výsledky hodnocení šetření.

### 7.1 Cíl šetření

V této práci bylo cílem zjistit, jaké programy a terapie zaměřené na aktivizaci seniorů jsou nabízeny v zařízeních sociálních služeb, a to těmi, které jsou realizovány pobytovými a ambulantními sociálními službami.

Lze si položit výzkumnou otázku jaká je aktuální nabídka aktivizačních programů a terapií pro seniory v pobytových a ambulantních službách působících v Olomouci a blízkém okolí.

#### **Cíl č. 1**

Zjistit a popsat, jaké programy a terapie zaměřené na aktivizaci seniorů jsou nabízeny sociálními službami ambulantního charakteru v rámci Olomouce a blízkého okolí.

#### **Cíl č. 2**

Zjistit a popsat, jaké programy a terapie zaměřené na aktivizaci seniorů jsou nabízeny prostřednictvím sociálních služeb pobytového charakteru v rámci Olomouce a okolí.

Další možnou otázkou by bylo možné zjistit, jestli existují významné rozdíly mezi typickou nabídkou aktivizačních programů a terapií mezi ambulantními a pobytovými službami.

### Cíl č. 3

Porovnat aktuální nabídku aktivizačních programů a terapií ambulantních a pobytových služeb.

## 7.2 Metoda šetření

Podle Dismana (2008, s. 15) se v metodologii sociologického výzkumu hovoří o kvantitativním a kvalitativním paradigmatu.

V tomto výzkumu bude prováděno šetření. Podle Chráska (2007, s. 17) při šetření nemusí být stanovena hypotéza, která by měla vyjadřovat vztah mezi proměnnými. Byla stanovena otázka, při níž ve výzkumu hledáme odpověď. I když není v tomto případě stanovena hypotéza, neznamená to, že odpověď na danou otázku je bezcenná a nemá smysl ji řešit.

Pro realizaci šetření této práce byla zvolena kvantitativní metoda prostřednictvím dotazníku.

Při vyplňování dotazníku, respondent odpovídá písemně na otázky tištěného formuláře (Disman, 2008, s. 124). Dále autor uvádí, že výhodou dotazníku je získání informací od velkého počtu jedinců v krátkém čase a malých nákladech. Naproti tomu dotazník klade vysoké nároky na ochotu respondentů, aby odpověděli na otázky. Některé otázky mohou přeskočit nebo neodpoví vůbec. (Disman, 2008, s. 141).

Dotazník (ve kterém byla zaručena anonymita) zahrnuje celkem 22 položek. Chráska (2007, s. 164) uvádí, že místo termínu položka, který je obecnější, se častěji používá termín otázka. Položka nemusí mít jen formu otázky, ale i formu příkazu (např. označte, vyberte z možností).

Nadále budu používat pouze termínu otázka.

V úvodní části šetření je 5 otázek k analýze dokumentu.

Jedná se o úvodní otázky dotazníku, které nevyžadují velkou námahu při jejich odpovídání – obvykle otázky zjišťující fakta (vzdělání, pracovní zařazení, délka zaměstnání). (Chráska, 2007, s. 168).

Následuje 17 otázek vlastního dotazníku. 8 otázek je řešena otevřenou otázkou, 7 otázek je uzavřených, 2 jsou polouzavřené s možností vlastní odpovědi.

U otevřených otázek dotazovaný odpověď sám vytváří, odpovídá vlastními slovy, u uzavřených vybírá, seřazuje z navrhovaných možností (Chráska, 2007, s. 165).

S tímto se ztotožňuje i Disman (2008, s. 127). Uzavřená otázka nabízí více možností, ze kterých dotazovaný vybere vhodnou odpověď.

U otevřených otázek není možnost výběru odpovědí, jejich nevýhodou je volnost odpovědí. Tyto vedou k obtížnějšímu vyhodnocování, které bývá časově náročnější. Naproti tomu u uzavřených odpovědí mohou dotazovaní vybírat z určitého počtu připravených odpovědí, což je hlavní výhodou a zjednodušením při vyhodnocování. Respondenti raději, ochotněji vyplňují dotazníky s již připravenými odpověďmi (Chráska, 2007, s. 166).

Úvod dotazníku obsahuje motivační dopis. Pilotáží prošel dotazník na dvou respondentech.

Jednotlivé sociální pracovníky jsem nejprve oslovila telefonicky, seznámila jsem je s mou žádostí o vyplnění dotazníku, uvedla je do problému. Následně jim byl zaslán dotazník elektronicky na mailovou adresu. Pouze v jednom případě jsem dotazník předala osobně.

Sběr dat probíhal od 1.3.2014 do 21.3.2014. Většina vyplněných dotazníků (9) se vrátila během třech dnů po zaslání, po opětovném připomenutí za deset dnů se konečný stav ustálil na 12ti vyplněných dotaznících.

### **7.3 Výzkumný vzorek**

Pro výzkumný vzorek šetření byli respondenti vybráni metodou záměrného výběru, konkrétně účelového výběru.

Podle Dismana (2008, s. 112 - 113) vychází účelový výběr z úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno, je však nutno nejprve definovat jasně, přesně populaci, kterou reprezentuje vzorek.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit jaké programy a aktivity pro seniory nabízí pobytové a ambulantní zařízení sociálních služeb. Za výzkumný vzorek respondentů byli vybráni sociální pracovníci oslovených zařízení. Tato zařízení jsem vybírala z registru poskytovatelů sociálních služeb Olomouckého kraje a zaměřila jsem se na pobytová a ambulantní zařízení sociálních služeb pro seniory v okolí Olomouce do 20ti kilometrů. Celkem bylo osloveno 20 sociálních pracovníků ze zařízení sociálních služeb, které nabízejí ambulantní a pobytové sociální služby. Jednalo se o 7 domovů pro seniory, 2 chráněná bydlení určená seniorům, 1 centrum denních služeb pro seniory, 4 denní stacionáře, 2 domovy se zvláštním režimem, 2 domovy pro osoby se zdravotním



postižením. Bylo zodpovězeno celkem 12 dotazníků, z toho 3 kusy z ambulantních sociálních zařízení a 9 kusů z pobytových sociálních zařízení, což je 60% úspěšnost oproti 20ti rozeslaným.

## 7.4 Zpracování dat

Analýzu údajů odpovědi jsem provedla pomocí vypočítání relativní četnosti. Je to podíl četnosti absolutní a celkové četnosti, která se dá vyjádřit v procentech. Relativní četnost vypovídá o tom, jak velká část z celkového počtu odpovědi připadá na danou položku (Chráška, 2007, s. 41).

Při zpracování dat jsem u některých otázek použila výšečové a sloupcové diagramy a tabulku, které slouží k názornému zobrazení jednotlivých odpovědí.

## 7.5 Výsledky šetření

Hodnocení odpovědí z dotazníku nelze v žádném případě považovat za kritiku provádění aktivizačních činností oslovených zařízení sociálních služeb. V každé službě jsou tyto aktivity závislé na působení mnoha faktorů, které nejsou v dotazníku zahrnuty. Pro účely této práce byl zajímavý souhrn názorů na aktivizační služby, ne na posudek každé jednotlivé složky.

Na rozeslané dotazníky reflektovalo 12 sociálních pracovníků, z jejichž odpovědí byly sestaveny závěry této práce.

### **Otázky k analýze dokumentu:**

Prvních pět otázek dotazníku byly úvodní a jednalo se o otázky k analýze dokumentu.

Zahajovací otázka zjišťovala, jaké mají oslovení sociální pracovníci vzdělání. Odpovědělo dvanáct sociálních pracovníků, z toho devět uvedlo, že mají vysokoškolské vzdělání, dva jsou absolventi vyšší odborné školy sociální, jeden uvedl úplné středoškolské vzdělání s délkou praxe v sociálních službách 17 let. Všechna tato vzdělání odpovídají požadavkům na vzdělání sociálních pracovníků podle zákona o sociálních službách. Další podotázka se ptala na pracovní zařazení. Zde uvedli 4 z 12ti (33,3%), že působí na pozici vedoucího sociálního pracovníka, dalších 8 z 12ti (66,7%) odpovědělo, že působí na pozici sociálního pracovníka. Tato odpověď byla uspokojivá

pro další zpracování dotazníku. Jak je uvedeno již výše, o vyplnění dotazníku byli požádáni sociální pracovníci v jednotlivých sociálních zařízeních.

Na délku praxe se ptala druhá otázka. Menší skupinka sociálních pracovníků – 4 (33,3%) má praxi v rozmezí od 17ti do 22 roků, zbývajících 8 (66,7%) má praxi v rozmezí od 8 měsíců – 6ti let.

V konkrétní sociální službě, kde pracují v současnosti, uvedli pouze 3 (25%) délku praxe v tom zařízení, ve kterém pracují kratší, než celkovou dobu práce sociálního pracovníka. Ve všech třech případech se jednalo o pracovníky s nejdelší dobou praxe. U všech ostatních devíti (75%) je délka praxe v konkrétním sociálním zařízení shodná s celkovou délkou působení na pozici sociálního pracovníka. Čtvrtá otázka zjišťovala, o jaké konkrétní zařízení sociálních služeb se jedná. Bylo zjištěno, že se sociální pracovníci pracují v těchto zařízeních pro seniory:

5 sociálních pracovníků pracuje v domovech pro seniory,

2 sociální pracovníci pracují v chráněném bydlení,

1 sociální pracovník pracuje v domově se zvláštním režimem,

1 sociální pracovník pracuje v domově pro osoby se zdravotním postižením,

2 sociální pracovníci pracují v denním stacionáři,

1 sociální pracovník pracuje v centru denních služeb pro seniory.

Pátá otázka se ptala jakou formou je sociální služba poskytována. 9 z 12ti (75%) uvedlo pobytové sociální služby a 3 z 12ti (25%) uvedlo ambulantní sociální služby.

## **Vlastní dotazník**

### **Otázka č. 1: Jaká je maximální kapacita služby (tj. kolika lidem ji můžete poskytnout současně)?**

Jedná se o otevřenou otázku, na kterou odpovědělo všech 12 sociálních pracovníků, což je 100%.

Otázka č. 1 pokládá dotaz na maximální kapacitu sociální služby.

Podle odpovědí byly vybrány 3 *ambulantní sociální služby* s dvěma krajními a jednou středovou kapacitou. Krajní hodnoty, 60 klientů, 15 klientů, středová hodnota 34 klientů. To znamená, že další šetření, co se týká ambulantních sociálních služeb má vypovídací hodnotu minimálního, středového a maximálního počtu klientů.

Taktéž *pobytové sociální služby* se dají podle kapacity rozdělit do přibližně stejně velkých skupin. Služby s kapacitou 17, 39, 46 klientů jako minimální počet, středová kapacita 89, 90, 92, 104, 109 a třetí skupina zahrnuje 218 klientů.

Tato otázka sloužila k přibližné orientaci, jestli má na dotazované činnosti vliv velikosti zařízení, respektive klientů.

## **Otázka č. 2: Jaká je doba poskytování služby?**

**(např. ambulantní SS, od 7:00 hod. – 16:00 hod., pobytová SS – nepřetržitě.....)**

Tato otázka je otevřená, získané odpovědi jsou od 12ti sociálních pracovníků (100%).

Dotaz na časový rozsah poskytování sociální služby měl za cíl zjistit možnosti domácích pečovatelů (v případě ambulantní sociální služby) v jejich vlastních aktivitách (souběh zaměstnání, odpočinek, eventuelně souběžné hlídání vnoučat ....).

*U ambulantních služeb* byla u jednoho zařízení uvedena doba poskytování sociální služby pondělí až středa od 7:00 – 17:00 hod., čtvrtek od 7:00 – 16:00 hod., pátek od 7:00 – 15:30 hod. Druhá ambulantní služba poskytuje sociální služby pondělí – pátek v časovém rozmezí 7:00 – 15:00 hod. Třetí sociální služba uvádí časový rozsah: pondělí – pátek od 7:00 hod. – 18:00 hod., sobota od 8:00 – 14:00 hod.

Pro *ambulantní sociální služby* by potom bylo směřodlatné šetření právě mezi samotnými domácími pečujícími, jak jim toto rozmezí pracovní doby vyhovuje. Jedna ambulantní sociální služba je rozdílná v tom, že poskytuje své služby i v sobotu a během týdne je pracovní doba až do 18ti hod.

*Pobytové sociální služby* všechny uvedly pobytová, trvale, ostatní služby v časovém rozmezí od 6:00 – 18:00 hod., jiná v 6:00 – 19:00 hod. Z titulu toho, že se jedná o pobytové sociální služby, je jasné že provoz je nepřetržitý. I časový rozsah doplňujících služeb (kadeřnictví, pedikúra), který je u typu chráněného bydlení, a které nefungují nepřetržitě, jsou v dostatečném rozsahu.

V porovnání s předchozí otázkou se dá předpokládat, že v chráněném bydlení jsou senioři s nižším stupněm závislosti na pomoci jiné fyzické osoby a přitom rozsah času

je daleko vyšší. Pomoc a služby pro osoby v chráněném bydlení není nutný tak rozsáhlý, mělo by to být spíše u ambulantních služeb.

**Otázka č. 3: Osoby jakého stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby převažují ve Vaší sociální službě?**

Opět se jedná o otázku otevřenou, na kterou odpovědělo všech 12 sociálních pracovníků, což je 100%.

Tato otázka zjišťovala zastoupení osob v jednotlivých zařízeních sociálních služeb, které jsou závislé na péči jiné fyzické osoby.

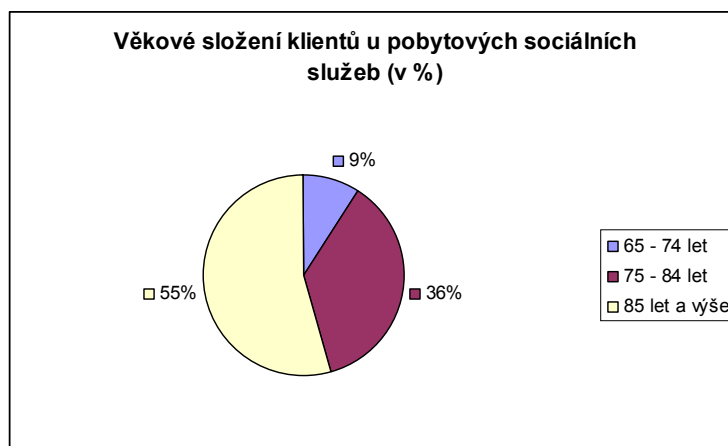
*Ambulantní sociální služby* nespecifikují převažující stupeň závislosti, buďto ho nezjišťují nebo uvádí rozsah 1-3, popřípadě uvádí „různé formy demence“. Co se týká služeb poskytovaných lidem s demencí, je logické, že respondenti rozsah závislosti příliš nespecifikovali, neboť u klientů se tato závislost na pomoci jiné fyzické osoby může poměrně rychle měnit. K odpovědi rozsah závislosti 1-3 je možné vysvětlení, že v zařízení ambulantní služby v žádném časovém úseku nepřevažovala skupina klientů se stejným stupněm závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Je to závislé na tom, jací klienti se sejdou ve stejný den.

*V pobytových sociálních službách* odpovídalo složení klientů podle stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby očekávání, které koresponduje s daným typem služby. Chráněné bydlení uvádí převahu stupně 1-2, u dalších pobytových služeb (které uvádí poměrně heterogenní složení klientů co do stupně závislosti), se dá předpokládat, že poskytují služby typově podobné chráněnému bydlení (penzionům) i služby typově odpovídající domovům pro seniory. Z toho vyplývá, že je služba schopna zajistit požadovanou péči jak seniorům poměrně soběstačným, tak i osobám se zdravotním postižením v nejvyšším stupni závislosti (klasické domovy pro seniory většinou poskytují služby pouze pro osoby s 3. a 4. stupněm závislosti na pomoci jiné fyzické osoby).

**Otázka č. 4: Vyberte, prosím, převážné věkové složení uživatelů sociální služby, ve které pracujete: (označte jednu z možností)**

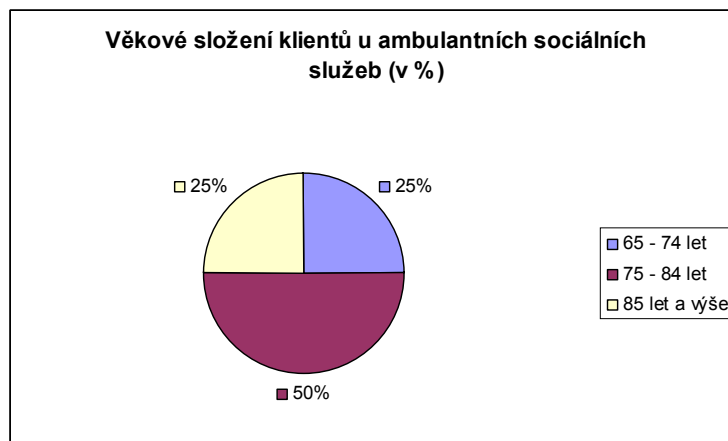
Ve čtvrté uzavřené otázce měli respondenti vybrat z nabízeného věkového rozmezí (65 – 74 let, 75 – 84 let, 85 let a výše), převážné věkové složení uživatelů sociální služby. Bylo získáno 100% odpovědí, někteří respondenti vybrali dvě z nabízených možností.

*U pobytových sociálních služeb* nejvíce respondentů vybralo možnost 85 let a výše, a to celkem 6x (54,5%). Další věkovou skupinou uživatelů byla určena věková kategorie 75-84 let, celkem 4 (36,4%). Pouze jedno zařízení uvedlo věkovou hranici 65-74 let (9,1%). viz graf č.1



Graf č.1

*U ambulantních sociálních služeb* jedno zařízení uvedlo věkovou kategorii 65-74 let (25%), dvě zařízení uvedli věkovou hranici 75-84 let (50%) a jedno zařízení uvedlo věkovou kategorii 85 let a výše (25%). viz graf č.2



Graf č.2

Jak ambulantní, tak i pobytové sociální služby téměř nevyužívají senioři v první věkové skupině (65-74 let). Dnešní senioři v tomto věku jsou ještě čilí, souvisí to s posunutím střední délky života. Dá se předpokládat, že větší nárůst takto starých seniorů v pobytových službách souvisí s odmítnutím rodiny pečovat o ně doma. Toto odmítnutí (se bez dalších souvislostí, hlavně stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby) seniorů v této věkové skupině nedá dále analyzovat. U ambulantních služeb je nárůst klientů této věkové skupiny zanedbatelný. Taktéž se týká i ambulantních služeb a uživatelů starších 85ti let. Nejvyšší nárůst klientů je patrný v nejstarší věkové skupině. Z tohoto rozvrstvení vyplývá, že poskytování služby ambulantní formou nemá větší souvislost s věkem klienta, půjde zřejmě více o stupeň závislosti na pomoci jiné fyzické osoby. Naopak u pobytových služeb se zdá být věk klíčovým faktorem, jelikož služby svoje klienty uvádí jako hodně staré seniory.

**Otázka č. 5: Do jaké míry ovlivňuje aktivizace seniora jeho kvalitu života? – podle Vašeho názoru, (označte, zvýrazněte jednu možnost)**

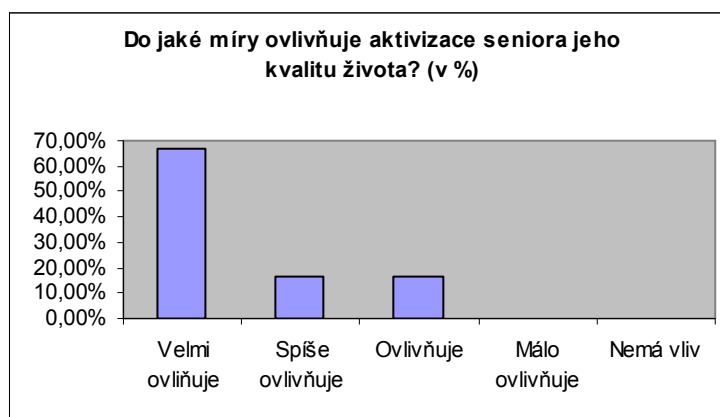
Tato otázka byla uzavřená, dotazovaní měli možnost vybírat z nabízených možností (velmi ovlivňuje, spíše ovlivňuje, ovlivňuje, málo ovlivňuje, nemá vliv). Zjišťovala, do jaké míry ovlivňuje aktivizace seniora kvalitu jeho života. Odpovědělo na ni všech 12 dotazovaných, což je 100%.

8 dotazovaných vybralo možnost velmi ovlivňuje, což je 66,6%,

2 vybrali možnost spíše ovlivňuje, což je 16,7%,

2 uvedli možnost ovlivňuje, což je 16,7%.

Žádný z dotazovaných neuvedl možnost málo ovlivňuje, nemá vliv. viz. graf č.3



Graf č.3

Jako pozitivní se dá brát reakce dotazovaných, kteří si nemyslí, že by klienty sociální služby aktivizace vůbec nebo málo ovlivňovaly. Z odpovědí se dá usuzovat reflexe pozitivního působení aktivizačních činností na klienty. Odpovědi na tuto otázku byly shodné u obou forem sociálních služeb (ambulantních i pobytových).

**Otázka č. 6 : Které stavy a diagnózy podle Vašich zkušeností aktivizaci seniorů znemožňují? (vypište)**

Tato otevřená otázka se ptala na to, které stavy a diagnózy znemožňují aktivizace seniorů. Odpovědělo na ni 100% respondentů, tedy všech 12.

Současný dotaz na stav i diagnózu byl uveden z důvodu toho, že klient ještě nemusel být plně diagnostikován a jeho postižení se může projevovaly syptomaticky.

*U ambulantních služeb* respondenti uvádí, že diagnózy (dá se předpokládat, že stavy v tomto případě nezahrnovali) nezjišťovali nebo uváděli diagnózu pokročilé Alzheimerovy choroby a jako stavy uváděli unavenost, lenivost, smutek. Jeden skutečný stav, a to zmatenost byl v odpovědích ambulantních služeb uveden. Objektívni příčiny zabraňující aktivizaci (Alzheimerova choroba a zmatenost) jsou pracovníky těžko ovlivnitelné, s projevy nálad se dá pracovat (dají se odstranit a pokračovat v aktivizaci).

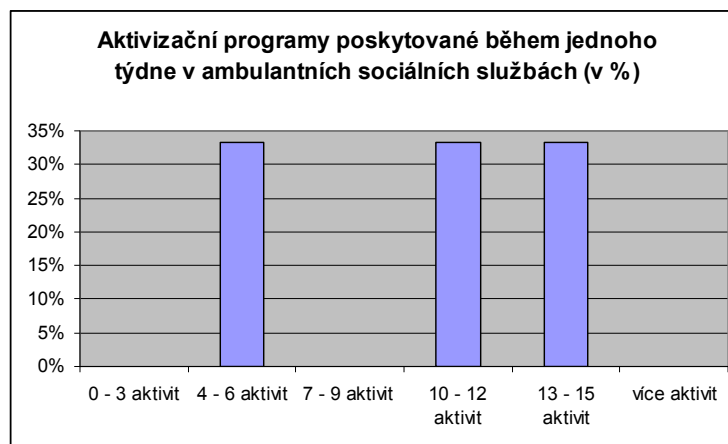
*U pobytových sociálních služeb* se odpovědi dotazovaných vcelku lišily. Za nejpřesnější odpověď nejlépe vystihující dotazovanou situaci se dá považovat výrok „je to individuální, podle aktuálního zdravotního stavu“. Ostatní odpovědi s touto souhrnnou odpovědí korespondují vždy jen v určité rovině. Stavy a diagnózy z poskytnutých odpovědí znemožňující aktivizaci se dají rozdělit zhruba do tří skupin na postižení pohybového aparátu, na postižení psychického stavu a dále na postižení oběhové soustavy nebo obecně podchyceného zhoršení zdravotního stavu. Vzhledem k převažujícímu věkovému složení klientů pobytových služeb by se mohlo zdát, že většině z nich hrozí stav nemožnosti provádět aktivizační činnosti. Podle analýzy dalších úpoložek je ale patrné, že označené překážky aktivizace se nebudou vyskytovat u klientů příliš často.

**Otázka č.7: Kolik různých aktivizačních programů či terapií pravidelně poskytujete v rámci jednoho běžného týdne? (uved'te počet)**

V této otázce bylo předmětem zjištění, kolik aktivizačních programů a terapií je pravidelně poskytováno ambulantními a sociálními službami během jednoho týdne.

Otevřená otázka byla opět zodpovězena všemi 12ti sociálními pracovníky, což je 100%.

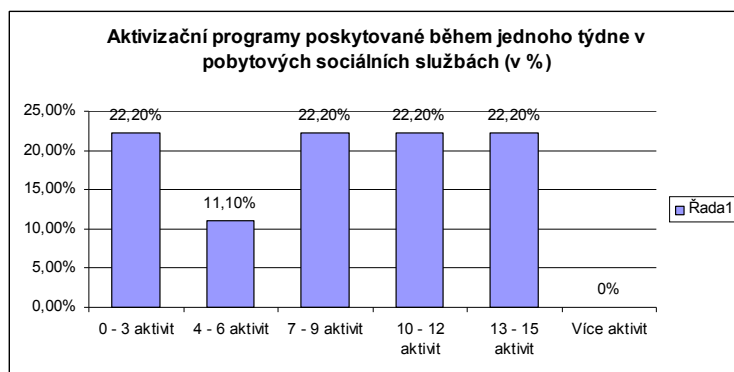
*U ambulantních sociálních služeb* uvedli dotazovaní tyto údaje, jedno zařízení poskytuje 6 aktivizačních programů nebo terapií, jedno zařízení poskytuje 10 aktivizačních programů a terapií a jedno nabízí 15 aktivizačních programů a terapií. viz graf č.4



Graf č.4

*U pobytových sociálních služeb* je klientům nabízeno: dvě zařízení poskytují 1-2 aktivizační programy a terapie, jedno nabízí 6 aktivizačních programů a terapií, tři zařízení poskytují 7-9 aktivizačních programů a terapií, dvě zařízení nabízí 10-12 aktivizačních programů a terapií, dvě poskytují 13-15 aktivizačních programů a terapií . viz graf č.5





Graf č.5

*Ambulantní sociální služby* se do počtu aktivizačních programů pohybují v horní hranici počtu těchto poskytovaných aktivizačních programů a terapií pobytových služeb. Tento jev bude mít souvislost pravděpodobně s časovými možnostmi pro aktivizační práci s klienty.

*Pobytové sociální služby* se vzhledem ke složení svých uživatelů, respektive rozsahu jejich zdravotního postižení, musí rozhodně věnovat více času službám zdravotního charakteru než služby ambulantní. Kromě dolní hranice počtu aktivizací, což byly odpovědi 1-2, 2 je počet těchto činností uvedených v odpovědích uspokojivý.

**Otázka č. 8: Pokud ve Vaší sociální službě probíhají aktivizační programy a terapie, o jaké se převážně jedná? (vypište, prosím, a seřad'te podle toho, jak jsou nejvíce využívány)**

Otázka č. 8 je otevřená, odpovědi jsou 100%, to znamená, že odpověděli všichni dotazovaní. Co do objemu odpovědí je otázka rozsáhlá, vyjmenované aktivity se dají seskupit podle zaměření na určitou funkci životního potenciálu.

*U ambulantních sociálních služeb* jde o skupiny aktivizačních programů a terapií zaměřených na vzdělávání (práce s počítačem, internetem, klub anglického jazyka, klub kultury), fyzický stav nebo kondici (fyzioterapie), psychický stav nebo kognitivní funkce (trénování paměti, biblioterapie, reminiscence, stolní hry) a zájmy (klub ručních prací, vaření, pečení, zpívání, filmový klub). Dále sociální pracovníci uváděli terapie –

ergoterpii, arteterapii. U všech uvedených programů lze předpokládat také podporu sociálních vztahů.

Sociální pracovníci v *pobytových službách* uváděli podobné aktivizační programy a terapie jako v ambulantních službách. Jejich výčet byl větší. Na vzdělávání zaměřené činnosti uváděli tyto: počítačový klub, klub zdravého životního stylu, přednášky. Mezi aktivitami zaměřenými na fyzický stav, kondici jmenovali: kondiční cvičení, lehké cvičení, procházky, pohybové aktivity. Činnosti zaměřené na psychický stav a kognitivní funkce zařadili: kavárničku dobré pohody, posezení u kávy, čaje, poslech hudby, relaxační terapii, biblioterapii, trénování paměti, klub stolních her, reminiscenční terapii). Mezi zájmy uvedli tyto aktivity: klub šití, zpívání, keramiku, rukodělné práce, výroba svíček, mýdla, filmový klub, přípravu jednoduchých pokrmů. Také zde sociální pracovníci uváděli terapie, a to canisterapii, felineoterapii, dramaterapii, ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii.

Jednoznačně u každého zařízení jsou jiné preference klientů – liší se. Některé aktivity mají komplexnější záběr, takže aktivizují člověka jako celek, jak již bylo zmíněno, jeho sociální složku, fyzický a zdravotní stav i psychiku a kognitivní funkce.

Jedna z dílčích odpovědí ve výčtu jednotlivých aktivizačních programů, terapií zmiňovala návštěvu duchovního. Pokud tato osoba nespolečně vyloženě se zájmovou skupinou lidí z řad klientů, ale navštěvuje klienty jednotlivě, nejedná se o aktivizaci, ale o konkrétní službu.

**Otázka č. 9: Vede některý z těchto programů, terapií externí pracovník? (označte jednu z možností ano – ne)**

Uzavřená otázka se ptala na to, jestli některé z těchto programů vede externí pracovník. Byla získána 100% odpověď ode všech 12ti respondentů.

*U ambulantních sociálních služeb* odpověděli dva respondenti ano, což je 75%, jeden uvedl ne, což je 25%. *U pobytových sociálních služeb* bylo odpovězeno v sedmi případech ano, což je 77,8%, ve dvou případech ne, což je 22,2%.

Podle toho, jaký je poměr odpovědí k celkovému počtu oslovených zařízení, je vidět, že pobytové služby mají větší tendenci najímat si na aktivizační služby externí

spolupracovníky než ambulantní sociální služby. I u ambulantních služeb je počet externích spolupracovníků nadpoloviční.

**Otázka č. 10: Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, o který/é program/y, terapie/e se jedná a jaká je kvalifikace pracovníka, který jej vede? (vypište, prosím)**

Tato doplňující otevřená otázka k předchozí položce se ptala na to (pokud bylo odpovězeno kladně), o který aktivizační program, terapii se jedná.

*U ambulantních služeb uvedli respondenti pět aktivizací. Jde převážně o aktivity vzdělávací (počítačový klub, internet, anglický jazyk), o jednu aktivitu zaměřenou na kognitivní funkce (trénování paměti) a jednu aktivitu zaměřenou na tvůrčí aktivizace (klub ručních dovedností). Vzdělávací aktivity spolu s aktivitami zaměřenými na trénování paměti vedou vysokoškolsky vzdělaní externí pracovníci, klub ručních dovedností zajišťují pracovníci v sociálních službách.*

*V pobytových službách reakce respondentů vypovídají o tom, že v některých případech aktivizace se jedná skutečně o terapeutickou aktivitu (canisterapie, felinoterapie, dramaterapie, muzikoterapie) a jedna dílčí aktivita je zaměřena na sociální, kognitivní a zájmovou složku (hudební klub) seniorů. Odbornost terapeutických aktivit je kvalifikačně zajištěna (studijní obor – dramaterapie, osvědčení o canisterapii). I třetí zmíněná aktivita je vedena vysokoškolsky vzdělaným aktivizátorem.*

**Otázka č. 11. O jaké další aktivizační programy, terapie je mezi Vašimi klienty největší zájem? (označte očísly podle největšího zájmu, 1 – největší, 2 – menší, 3 – nejmenší)**

Tato otázka byla uzavřená, na jednotlivé dílčí podotázky odpovídal různý počet sociálních pracovníků, kterým byly předloženy tyto možnosti: výlety, přednášky, grilování, zahradní párty, pohybové aktivity, vzdělávací aktivity, práce na počítači, trénování paměti, výroba drobných předmětů.

*U ambulantních služeb* v jednotlivých dílčích nabídkách byl zájem o všechny uvedené aktivity. V pěti případech byl zájem poměrně velký, ve třech případech byl zájem malý, ale není žádný.

V jednotlivých dílčích podotázkách byl zájem k těmto aktivitám :

- výlety – průměrný zájem
- přednášky – podprůměrný zájem
- grilování, zahradní párty – nadprůměrný zájem
- pohybové aktivity – průměrný zájem
- vzdělávací aktivity – podprůměrný zájem
- práce na PC – průměrný zájem
- trénování paměti – průměrný zájem
- výroba drobných předmětů – průměrný zájem

Celkově se dá předpokládat, že o aktivity je průměrný zájem. Ochota vzdělávat se (vzdělávací aktivity, přednášky) není mezi klienty oblíbena. Práci na počítači – pouze jedno zařízení uvedlo, že jeho klienti mají největší zájem. Poměrně to odpovídá složení věkové kategorie klientů, kteří navštěvují toto ambulantní zařízení.

V zařízeních *pobytových sociálních služeb* byly taktéž ohodnoceny respondenty všechny dílčí podotázky. Ne na každou z nabídnutých aktivit odpověděli všichni respondenti. U jednotlivých nabídek aktivit byl zájem ve třech možnostech nadprůměrný, ve třech možnostech průměrný, ve dvou podprůměrný.

Zájem nabídnutých aktivit se dá shrnout následovně:

- výlety - průměrný zájem
- přednášky – průměrný zájem
- grilování, zahradní párty – nadprůměrný zájem
- pohybové aktivity – nadprůměrný zájem
- vzdělávací aktivity – podprůměrný zájem
- práce na PC – podprůměrný zájem
- trénování paměti – nadprůměrný zájem
- výroba drobných předmětů – průměrný zájem

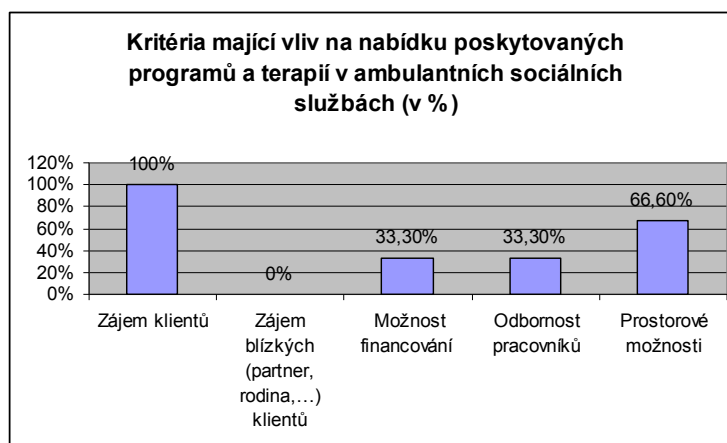
Po celkovém shrnutí je vidět, že převažuje průměrný a nadprůměrný zájem o aktivizační činnosti. Také zde u pobytových služeb je zřejmé, že klienti příliš

nevyhledávají vzdělávací aktivity, nízký je také zájem o práci na počítači. Naopak mají větší zájem o přednášky. Překvapující (vzhledem k věkovému složení klientů a dá se předpokládat i zhoršenému zdravotnímu stavu) je nadprůměrný zájem o pohybové aktivity. Také grilování, zahradní párty, trénování paměti je hodnoceno velmi dobře.

**Otázka č. 12: Která z následujících kritérií se nejvíce promítla do současné nabídky Vašich terapií a aktivizačních programů v rámci Vašich sociálních služeb? (vyberte, označte libovolný počet odpovědí)**

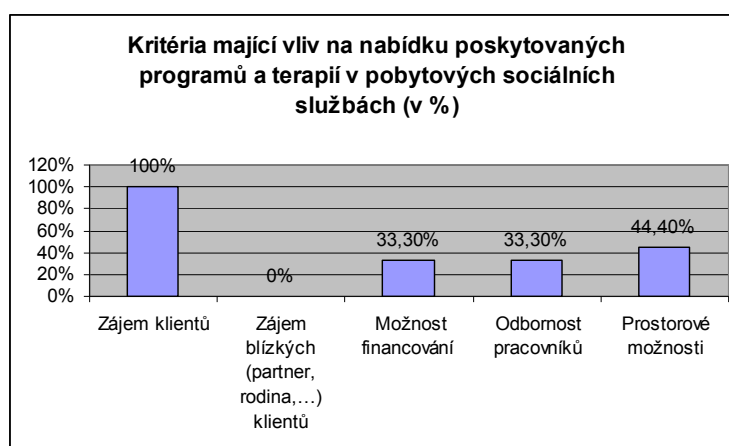
Uzavřená otázka byla směřována na dotaz, týkající se toho, jaká kritéria se nejvíce promítla do současné nabídky aktivizačních programů a terapií. Odpověděli všichni sociální pracovníci, někteří využili více možností z předloženého výběru (zájem klientů, zájem blízkých klientů, možnosti financování, odbornost pracovníků, prostorové možnosti).

V *ambulantních službách* na dotaz týkající se zájmu klientů uvedli sociální pracovníci 100% odpověď. Tato se slučuje se zaměřením sociálních služeb, tj. prvořadá orientace na klienta. Celkem vyrovnaný se zdá být výběr ostatních odpovědí, kde jde jednoznačně o strukturální záležitosti, především ve věci stavebních bariér (pronájem starších budov, které k tomu nebyly určeny nebo nebyly postaveny pro klienty, kteří jsou imobilní). Označené kritérium financování poskytovaných aktivit je závislé na financování sociálních služeb, tj. sociální politice státu a ekonomických možnostech zřizovatelů. Odbornost pracovníků je svým způsobem také závislá na možnosti financování. To značí, že pokud je potřeba zajistit odbornost pracovníků externě, je také potřeba mít na tyto činnosti mít i dostatek finančních prostředků. viz. graf č. 6



Graf č. 6

V *pobytových službách* uvedli sociální pracovníci taktéž ve 100% kladnou odpověď, ze které je zřejmé, že reflektují zájmy klientů. Možnost financování a odbornost pracovníků je uvedena shodně jako u ambulantních služeb. Ve větším zastoupení je uvedena odpověď týkající se prostorových možností. viz. graf č.7

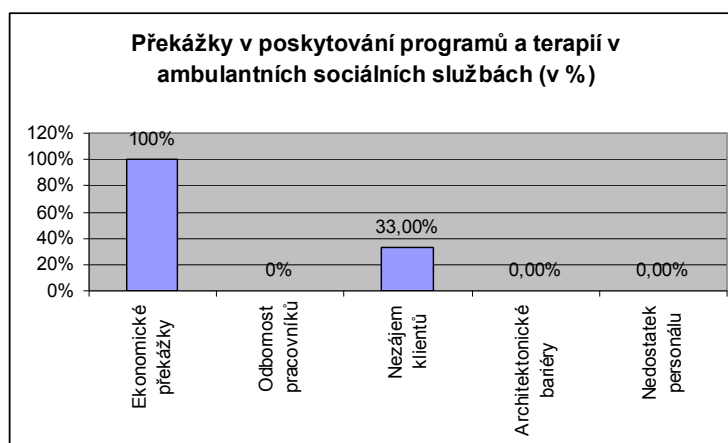


Graf č. 7

**Otázka č. 13: Naráží Vaše služba v možnosti poskytování aktivizační služby na nějaké překážky? (vyberte, označte libovolný počet odpovědí)**

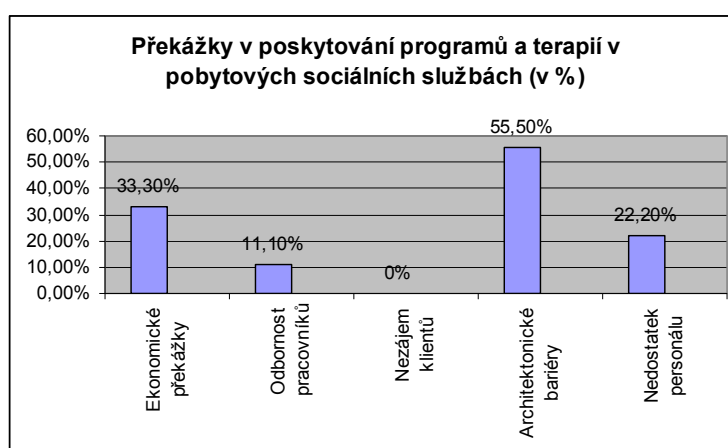
Uzavřená otázka se ptala, jestli sociální pracovníci shledávají nějaké překážky v poskytování aktivizačních činností. Odpověděli všichni respondenti, někteří označili více možností. Vybírat mohli z: ekonomických překážek, odbornosti pracovníků, nezájmu klientů, architektonických bariér.

*Ambulantní služby* vidí největší problém ve financování těchto aktivit. Jak je uvedeno v hodnocení předchozí otázky, souvisí to s celkovými finančními prostředky, které tato zařízení získají. Příčina nezájmu klientů, což je další uvedená možnost, může pramenit z jejich zdravotního stavu, kdy sociální pracovník není schopen zájem a nezájem prakticky rozpoznat. viz. graf č.8



Graf č. 8

V *pobytových službách* převažovala z velké míry možnost architektonických bariér. Toto bylo také hodnoceno v otázce č. 12, kde také respondenti uváděli prostorové možnosti jako kritérium, podle kterého jsou aktivizační činnosti nabízeny. Problematika financování je uvedena jako druhá největší překážka. Lze se domnívat, že od množství uvolněných finančních prostředků na aktivizace klientů se odvíjí i nabídka těchto činností. Vyškolený a kvalifikovaný personál k různým aktivitám a terapiím shledávají respondenti také jako jednu z překážek v poskytování těchto činností. viz. graf č.9



Graf č.9

**Otázka č. 14: Kolik hodin týdně věnujete aktivizačním programům a terapiím na jednoho klienta? (vypište na základě vlastního odhadu)**

Na položenou otázku odpovědělo osm sociálních pracovníků, což je 66,6% z celkového počtu 12ti dotazovaných. Jejím cílem bylo zjistit, kolik hodin týdně je

věnováno klientům při aktivitách a činnostech. Sociální pracovníci se měli vyjadřovat k dílčím podotázkám, a to: pomoc při sebeobsluze, dopomoci při dalších činnostech, aktivizaci, terapeutických činnostech, styku se společenským prostředím.

*U ambulantních služeb* odpověděli všichni tři sociální pracovníci, s tím, že je to individuální klient od klienta. K jednotlivým aktivitám, poskytovanými během jednoho týdne odpovídali takto:

- pomoc při sebeobsluze – v průměru 5 hodin
- dopomoc při dalších činnostech – v průměru 1 hodina
- aktivizace – v průměru 8 hodin
- terapeutické činnosti – v průměru 6 hodin
- styk se společenským prostředím - 2 hodiny

*Z pobytových služeb* odpovědělo pět sociálních pracovníků z devíti (55,5%). Z těchto získaných odpovědí lze jednotlivé podotázky hodnotit takto:

- pomoc při sebeobsluze – 20 hodin týdně
- dopomoc při dalších činnostech – 6 hodin týdně
- aktivizace – 17 hodin týdně
- terapeutické činnosti – 4 hodiny týdně
- styk se společenským prostředím – 3 hodiny týdně

*V ambulantních službách* oproti pobytovým službám je jasný rozdíl stupně závislosti klientů na pomoci jiné fyzické osoby. Naopak u aktivizací a terapeutických činností je časová dotace vyšší než v pobytových službách. U ambulantních služeb byly uvedeny 2 hodiny týdně věnované styku se společenským prostředím. Lze se domnívat, že pokud respondent uvede toto vyčíslení, jedná se zřetelně o představu, že za pojmem styk se společenským prostředím lze vidět jen účast na přednáškách, koncertech, divadelních představeních. Za styk se společenským prostředím se dá považovat to, že klienti navštěvují ambulantní sociální služby. Vytrhnou se z domácí anonymity, jdou ven, do zařízení, kde dochází ke kontaktu s jinými klienty i personálem.

*U pobytových služeb* se jeví jako největší podíl služeb pomoc při sebeobsluze. Celkem vyrovnaný stav časové dotace je u terapeutických činností, dopomoci při



dalších činnostech a styku se společenským prostředím. Poměrně stejnou časovou dotaci věnují pobytové služby péči o seniora a jeho aktivizaci.

**Otázka č. 15: Kolik hodin (podle Vašeho názoru) by bylo vhodné věnovat těmto aktivizačním programům a terapiím na jednoho klienta? (vypište na základě vlastního názoru)**

Volně na položku č. 14 navazuje polozavřená otázka, která zjišťuje oproti skutečně vynaloženému času názor na čas, který by byl potřebný vynaložit. Stejně jako v předchozí otázce odpovědělo osm dotazovaných, tři z ambulantního zařízení, pět z pobytového zařízení. Jejich odpovědi vycházeli ze stejných možností nabídek jako u položky č. 14.

Ostatní sociální pracovníci ke zmíněné otázce uvedli, že nelze hodnotit z důvodu individuálního zdravotního stavu, kde u některého klienta je potřeba trávit delší čas, naproti tomu u uživatele, který je samostatnější věnují dobu kratší.

*U ambulantních služeb* byl názor na vyčíslení průměrně věnovaného času:

- pomoc při sebeobsluze – 5 hodin/týdně
- dopomoc při dalších činnostech – 1 hodina/týden
- aktivizace – 8 hodin/týden
- terapeutické činnosti – 6 hodin/týden
- styk se společenským prostředím – 4 hodiny/týden

*V pobytových službách* se dotazovaní vyjadřovali takto:

- pomoc při sebeobsluze- 15 hodin týdně
- dopomoc při dalších činnostech – 4 hodiny týdně
- aktivizace – 20 hodin týdně
- terapeutické činnosti – 6 hodin týdně
- styk se společenským prostředím – 5 hodin týdně

Pokud dojde ke srovnání odpovědí v otázkách č.14 a č.15 u *ambulantních služeb*, jsou odpovědi v 80% shodné. viz. tabulka č.1

Liší se jen v rozdílu času věnovanému styku se společenským prostředím, který by měl být vyšší než je nyní.

*U pobytových služeb* jde jasně o přání navýšit čas na aktivizace, terapeutické činnosti a styk se společenským prostředím. Naopak o něco málo snížit čas věnovaný sebeobsluze a dopomoci při dalších činnostech. Redukce časové dotace právě na poslední dvě zmíněné podotázky je nevýznamná, téměř se slučuje se skutečným stavem.

	Skutečný čas v AS (hodin)	Požadovaný čas v AS (hodin)	Skutečný čas v PS (hodin)	Požadovaný čas v PS (hodin)
Pomoc při sebeobsluze	5	5	20	15
Dopomoc při ostatních činnostech	1	1	6	4
Aktivizace	8	8	17	20
Terapeutické činnosti	6	6	4	6
Styk se společenským prostředím	2	4	3	5

Tabulka č. 1

**Otázka č. 16: Kolik máte čekatelů na Vaši sociální službu v současné době?**

Otevřená otázka měla zmapovat, kolik je čekatelů na sociální služby v ambulantních a pobytových sociálních zařízeních. Sešel se plný počet odpovědí, a to 12 (100%).

Odpovědi z *ambulantních zařízení* byly následující. Pouze jedno zařízení uvedlo že počet čekatelů je 56, ostatní dvě zařízení uvedli, že v současné době nemají žádného čekatela na službu.

*U pobytových zařízení* byla uvedena čísla, která u velkých zařízení přesahovala hodnoty v rozmezí 450 – 850 čekatelů. U zařízení, která nejsou kapacitně tak objemnější byly uváděny hodnoty mezi 48 – 110 čekatelů na sociální službu. Dá se předpokládat, že menší čísla postihují žádosti osob, které v dané oblasti bydlí. Klienti intuitivně žádají o umístění v místě bydliště, což souvisí s tím, aby nedošlo k přetrhání sociální vazby, a aby to jejich rodinní příslušníci měli co nejlíže. O množství početných žádosti čekatelů se dá říci, že se jedná o velká zařízení. Do těchto zařízení si podávají žádosti i senioři ze širšího okolí.

**Otázka č. 17: Myslíte si, že povědomí seniorů a jejich rodinných příslušníků o poskytování sociálních služeb pro seniory v rámci Olomouce a okolí je dostačující?**

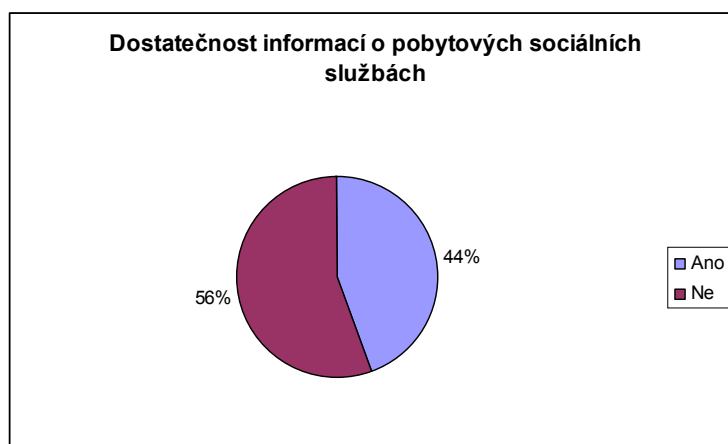
Poslední otázka dotazníku byla uzavřená, odpověděli všichni sociální pracovníci – 12 (100%). Ptala se na to, jestli si sociální pracovníci myslí, že informovanost o jejich sociálních službách je dostačující.

*U pobytových služeb* všichni respondenti (3) uvedli ne, což je velmi překvapivé zjištění.

Taktéž *u pobytových služeb* je ve větší míře uvedeno ne (5 odpovědí – 55,6%), pouze 4 (44,4%) uvádí ano. viz. graf č.10

Je překvapující, že u ambulantních sociálních služeb (100%) a u pobytových sociálních služeb (55%) ve větší míře uvádějí sociální pracovníci naprostou neinformovanost cílové skupiny seniorů a jejich rodin. V první řadě otázka zájmu cílové skupiny podle počtu čekatelů nebude nejmenší, ale na faktu neinformovanosti se zřejmě nejvíce podepisuje dvojhlásnost zdravotního a sociálního systému v naší republice. Klíčovým momentem (v mnoha případech), kdy senior a jeho rodina potřebuje nejvíce informací o sociální službě bývá propuštění ze zdravotnického zařízení. V tomto

případě lze dát rovnítko mezi nepropojenost systémů a neinformovanosti seniora a jeho rodiny.



Graf č. 10

## 7.6 Zhodnocení a závěr

Cílem daného šetření bylo především zjistit jaké aktivizační programy a terapie pro seniory jsou poskytované v rámci pobytových a ambulantních sociálních služeb v Olomouci a blízkém okolí. Lze si položit výzkumnou otázku, jaká je aktuální nabídka těchto aktivit a terapií pro seniory v pobytových a ambulantních sociálních službách v Olomouci a okolí. Na základě získaných odpovědí je možné zjistit také to, jestli existují významné rozdíly mezi typickými aktivizačními programy a terapiemi u ambulantních a pobytových služeb.

Otázka č.1 se ptala na maximální kapacitu poskytované sociální služby. Obsazenost klienty jak v ambulantních, tak i v pobytových službách je naplněna na 100%. V ambulantních sociálních zařízeních jsou nabídky kapacit nižší, v pobytových sociálních zařízeních jsou nabídky kapacit nižší i vyšší. Toto je odvislé od velikosti zařízení, které sociální služby poskytuje.

V otázce č.2 bylo zjištěno, že poskytovaná doba v zařízeních ambulantních služeb je ve dvou případech doba kratší, a to průměrně v rozmezí od 7:00 – 16:00 hod. Pouze jedna ambulantní služba poskytuje svoje služby téměř po celý den (mimo neděli), a to v průběhu týdne od 7:00 – 18:00 hod. a také v sobotu od 8:00 – 14:00 hod. Z tohoto vyplývá, že poslední z uvedených zařízení již pružně reaguje na to, že zejména rodina,

ve které senior žije, může tohoto klienta vyzvedávat později. Což je zejména vhodné pro ty rodinné příslušníky, kteří pracují na směny nebo mají pružnou pracovní dobu, přicházejí ze zaměstnání později. Zde by bylo možné vyslovit další otázku, která by byla předmětem dalšího šetření a byla směřována k jiným ambulantním sociálním zařízením, jestli u jejich klientů (spíše rodinných příslušníků) je také zájem o delší dobu poskytované služby s nabídkou poskytování služby i o víkendu.

U pobytových služeb je doba poskytování sociální služby vyhovující – pobytová trvale. Také poskytovaná doba u doplňkových služeb je dostačující.

Ve shrnutí odpovědí v otázce č.3 byly uvedeny stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby (dále jen stupně závislosti). U klientů, kteří jsou uživateli sociálních služeb v ambulantních zařízeních uvádějí respondenti stupeň závislosti 1-3, v jednom zařízení stupně závislosti nezjišťují. V těchto zařízeních je zřejmé, že seskupení klientů je závislé od toho, jaká skupina seniorů se sejde ve stejný den. Dá se předpokládat, že v různé dny navštěvují tato zařízení jiní klienti. V pobytových sociálních službách je zastoupení všech skupin klientů se stupni závislosti 1 – 4, přičemž převažují osoby ve 3. a 4. stupni. Služba zajišťuje péči všem osobám bez výjimky.

V odpovědích na otázku č.4 bylo uvedeno věkové složení klientů. Klienti u ambulantních sociálních služeb jsou zastoupeny všemi uvedenými věkovými kategoriemi, a to polovina 85 let a výše, dále ve stejném poměru u osob ve věku 65 – 74 let i 75 – 84 let. V pobytových sociálních službách byla z větší části označena věková skupina starších 85ti let, celkem velký podíl tvoří také senioři ve věku 75 – 84 let. Zastoupení klientů ve věku 65 – 74 je velmi nízké. Výsledky z obou sociálních služeb vypovídají o tom, že sociální služby z větší míry využívají senioři starší 75ti let. Mladší senioři těchto služeb využívají podstatně méně, péči jim může zajišťovat rodina nebo jsou ještě soběstační, čili.

Další otázka do jaké míry aktivizace ovlivňují kvalitu života seniora odpověděla nadpoloviční většina všech sociálních pracovníků, že velmi ovlivňuje, což je směrodatné pro to, aby tyto aktivizace byly seniorům nabízeny a prováděny s nimi.

Podle odpovědí dotazovaných sociálních pracovníků na další otázku se stavy a diagnózy jednotlivých klientů dají rozčlenit takto: na postižení pohybového aparátu, postižení psychického stavu nebo postižení oběhového aparátu, horšího zdravotního stavu. Průběh aktivizací mohou také ovlivňovat různé typy demence. Nicméně jak je vidět v odpovědích na další otázky, tyto překážky se na poskytování aktivit téměř neprojevují. Je důležité aktivizovat každého klienta.

Otázka na zjištění počtu prováděných aktivit dala náhled na to, kolik aktivit v zařízeních pobytových a ambulantních služeb poskytují během jednoho týdne. U ambulantních služeb byl počet aktivit v rovnováze, a to u počtu aktivit 4-6, 10-12, 13-15. Vše zastoupeno 33,3%. U pobytových služeb byl také počet poskytovaných aktivit na dá se říci shodné úrovni: 1-3, 7-9,10-12, 13-15 aktivit bylo označeno naprosto shodně – 22,2%, 4-6 aktivit v nižším zastoupení – 11,1%. U pobytových služeb, kde hraje roli jak vyšší věkové složení klientů, tak i jejich zdravotní stav, vyšší stupně závislosti se nicméně aktivizační činnosti provádějí v uspokojivé míře.

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké aktivizační programy a terapie pro seniory jsou nabízeny v ambulantních a pobytových zařízeních sociálních služeb. odpověď na tuto otázku přinesla otázka č.9. U ambulantních služeb se odpovědi daly rozdělit do čtyřech skupin zaměřených na vzdělávání, fyzický stav nebo kondici, psychický stav a kognitivní funkce a zájmy. Jako terapie byly uváděny ergoterapie, arteterapie. Pobytová zařízení uváděla navíc canisterapii, felinoterapii, dramaterapii, muzikoterapii. Dá se říci, že obě zařízení nabízejí stejné nebo podobně zaměřené aktivity.

Aktivity zaměřené na vzdělávání zahrnují u ambulantních služeb – práce s počítačem, klub anglického jazyka, klub kultury. Pobytová zařízení uvádí klub zdravého životního stylu, přednášky. Aktivity zaměřené na fyzický stav, kondici u ambulantních zařízení označily respondenti jako fyzioterapie, u pobytových zařízení jmenovali sociální pracovníci kondiční cvičení, procházky, pohybové aktivity, lehké cvičení. Psychický stav a kognitivní funkce u ambulantních zařízení je podpořen aktivitami. Trénování paměti, biblioterapie, reminiscence, stolní hry. U pobytových zařízení uváděli navíc sociální pracovníci kavárničku dobré pohody, posezení u kávy, čaje, poslech hudby, relaxační terapii. Za zájmové činnosti u ambulantních služeb byly uvedeny klu ručních prací, vaření pečení, filmový klub, zpívání. U pobytových zařízení byly navíc uvedeny tyto aktivity – klub šití, keramika, výroba mýdla, svíček. Oblíbenost jednotlivých aktivit je u obou zařízení rozlišná.

Některé z těchto aktivit vedou externí pracovníci. Většinou se jedná o canisterapeuta, který má canisterapeutické osvědčení. U dramaterapie je odbornost zajištěna vysokoškolským vzděláním, také některé aktivity zaměřené na kognitivní funkce jsou vedeny vysokoškolsky vzdělaným pracovníkem.

V nabídce dalších aktivit u otázky č.11 je převažující zájem průměrný a nadprůměrný. Velmi oblíbené je grilování, zahradní párty, dobré hodnocení u obou

sociálních služeb mají i pohybové aktivity, trénování paměti. Nejméně oblíbené jsou vzdělávací aktivity.

Ze závěrů odpovědí na otázku č.10 a č.11 lze také odpovědět na výzkumnou otázku, jestli existují významné rozdíly mezi typickou nabídkou aktivizačních programů a terapií mezi ambulantními a pobytovými službami. Po vyhodnocení odpovědí se dá domnívat, že obě zařízení sociálních služeb poskytují širokou škálu aktivizačních činností a terapií pro seniory. Pobytové služby nabízí navíc oproti ambulantním službám canisterapii a felinoterapii. Bylo by dobré zjistit, zda jsou tyto terapie mezi seniory oblíbeny a předat zkušenosti s nimi do ambulantních zařízení sociálních služeb.

Otázka č.12 zjišťovala jaká kritéria se nejvíce promítla do současné nabídky aktivizací a terapií. Jak ambulantní, tak i pobytová zařízení sociálních služeb shodně uvedli na 100%, že prvořadý je zájem klientů, k nimž jsou tyto činnosti směřovány. Taktéž vyrovnaná jsou kritéria v možnosti financování, odbornosti pracovníků. Toto je v podstatě obojí záležitost dostatečného množství finančních prostředků, neboť pokud bude vyčleněn dostatek financí na sociální službu, respektive na aktivity a terapie, bude možné získat (zaplatit) i kvalifikované pracovníky. Ve větší míře uvádí (jako jednu z překážek) dotazovaní i prostorové možnosti. Tyto jsou negativně hodnoceny i v další otázce. Souvisí to s tím že spousta zařízení nabízí své služby ve starých prostorách, budovách. Nároky na dnešní vhodné prostory jsou kladeny na bezbariérovost, umístění v přízemních podlažích.

U odpovědí u otázky č 13 na možné překážky v poskytování aktivizací a terapií u ambulantních služeb byla překvapivá odpověď – nezájem klientů. Toto může být ovlivněno zdravotním stavem seniorů, který se projevuje apatií, nezájmem. Obě zařízení opět shodně uvedla ekonomické překážky. Financování poskytovaných aktivit v sociálních službách je závislé na finančních prostředcích, které jsou v jednotlivých zařízeních na tyto činnosti vyčleněny. U pobytových služeb se také objevily překážky nedostatek personálu a odbornost pracovníků.

Otázka č. 14, 15 zjišťovaly kolik hodin týdně je věnováno aktivizačním činnostem a terapiím na jednoho klienta a kolik hodin týdně by bylo vhodné věnovat těmto činnostem. U ambulantních zařízení se skutečný a požadovaný čas téměř shoduje, je zde jen mírné navýšení požadovaného času oproti skutečnosti. U pobytových služeb je viditelně snížený požadovaný čas oproti skutečně vynaloženému, a to u pomoci při sebeobsluze, dopomoci při ostatních činnostech. Naopak je navýšen požadovaný čas u aktivizací a terapeutických činností, styku se společenským prostředím. Na rozdíl od

vyjádření spotřebovaného času u osobní péče, která je cyklicky poskytována seniorům s vyšším stupněm závislosti, je vyjádření časové dotace na aktivizaci především vyjádřením vynaloženého úsilí personálu. Aktivizace jsou totiž dobrovolnou činností a z poskytnutého časového údaje nemůžeme vyčíslit, kolik seniorů se jich účastní. Každopádně odpověď na vznesený dotaz umožnila srovnání kolik času jsou zařízení aktivizacím ochotna věnovat.

Počet čekatelů na sociální služby v ambulantních zařízeních je ve dvou případech nulový, pouze jedno ambulantní zařízení uvádí počet čekatelů 56. U pobytových zařízení je počet seniorů, kteří čekají na umístění do sociálního zařízení úměrný velikosti zařízení. Pokud se jedná o velká zařízení, počet čekatelů je vyčíslen v řádech několika set (450 – 850 žadatelů), u menších zařízení se pohybuje v nižších číslech (48 – 110). Ale i tak je vysoký, nicméně umístění seniora do některého z pobytových zařízení je závislé na jeho zdravotním stavu, stupni závislosti, na tom, jestli se o něj nemá kdo postarat.

Poslední otázka přinesla překvapivé zjištění. U ambulantních služeb všichni dotazovaní odpověděli ne a taktéž u pobytových zařízení odpovědělo ne ve větší míře na otázku, zda je povědomí seniorů a jejich rodinných příslušníků dostačující. Vzhledem k této skutečnosti by mohla jednotlivá zařízení na tomto viditelném problému zapracovat, a to v podobě větší prezentace jejich zařízení v podobě letáčků, brožurek (které by umístily do zdravotnických zařízení), článků v časopisech města a okolních vesnic, spoluprací mezi sebou. Senioři by měli být dostatečně informováni již od raného stáří, aby si v případě nutnosti mohli vybrat sociální službu a zařízení, která jim budou vyhovovat, jak z hlediska vzdálenosti, tak z hlediska nabízených možností.



## ZÁVĚR

Bakalářská práce je rozdělena na dva celky – teoretickou a praktickou část. Úkolem teoretické části byl popis některých oblastí, které se týkají života seniorů. Bylo popsáno stáří, stárnutí, změny, adaptace, příprava, reakce na stáří, dále potřeby seniorů, kvalita života, role rodiny v životě seniora, sociální služby pro seniory, aktivizace, aktivizační služby.

Aktivizačními programy a terapiemi se zabývá praktická část, ve které jsou prostřednictvím dotazníků zodpovězeny otázky týkající se právě těchto aktivizačních činností a terapií.

Cílem práce bylo zjistit a popsat, jaké programy a terapie zaměřené na aktivizaci seniorů jsou nabízeny sociálními službami ambulantního a pobytového charakteru v rámci Olomouce a blízkého okolí a porovnat tyto aktivizační programy terapie.

Bylo zjištěno, že jak ambulantní zařízení sociálních služeb, tak i pobytová zařízení sociálních služeb nabízejí velkou škálu těchto činností a zájem klientů je v některých případech větší, v některých menší, v jiných uspokojivý. Nedá se říci, že žádná z nabízených aktivit není využívána, i přes to, že je mezi klienty méně oblíbená. Každá, i ta nejméně využívaná aktivita má pro klienty svůj význam. Tito si vybírají aktivizační programy a terapie podle svého zájmu a uvážení.

Z provedeného šetření vyšla další možná výzkumná otázka, která by se někdy v budoucnu mohla zabývat zjištěním prodlouženosti pracovní doby v ambulantních zařízeních sociálních služeb.

## SEZNAM LITERATURY

1. Baláž, R. (2012), Silný pomáhající stát udělal člověka méně závislým na pomáhajících dětech, *Sociální práce/Sociálna práca*, č.4, s. 33-36
2. Čevela, R., Kalvach, Z., Čeladová, L. (2012), *Sociální gerontologie*, Praha: Grada.
3. Disman, M. (2008), *Jak se vyrábí sociologická znalost*, Praha: Karolinum. Dvořáčková,
4. Gurková, E. (2011), *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský tým*, Praha. Grada.
5. Hamilton, S. (1999), *Psychologie stárnutí*, Praha. Portál.
6. Haškovcová, H. (2010), *Fenomén stáří*, Praha: Havlíček Brain Team .
7. Haškovcová, H. (2002), *Manuálek sociální gerontologie*, Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
8. Haškovcová, H. (2012), *Sociální gerontologie*, Praha: Galén.
9. Havlíková, J. (2012), Mezigenerační vzájemná výpomoc v českých rodinách vyššího věku a její srovnání s vybranými evropskými zeměmi, *Sociální práce/sociálna práca*, č. 4, s. 102-112
10. Chráska, M. (2007), *Metody pedagogického výzkumu*, Praha. Grada
11. Kalvach, Z. a kol. (1997), *Úvod do gerontologie a geriatrie*, Praha: Karolinum
12. Kitliňská, J. (2012), Dobrovolnictví jako příležitost k mezigeneračnímu učení, *Sociální práce/sociálna práca*, č. 4, s. 126-133
13. Klevetová, D., Dlabalová, I. (2008), *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha: Grada
14. Kolektiv autorů. (2011), *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
15. Kozáková, Z., Müller, O. (2006), *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*, Olomouc: UP
16. Křivohlavý, J. (2011), *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada

17. Kubalčíková, K. (2012), Podpora neformálních pečovatelů v podmínkách poskytování sociálních služeb pro seniory v ČR: příklad Pečovatelské služby, *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 4, s. 89-101
18. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2006), *Vývojová psychologie*. Praha: Grada
19. Malíková, E. (2011), *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada
20. Matoušek, O. (2005), *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
21. Mlýnková, J. (2011), *Péče o staré občany*. Praha: Grada
22. Múhlpachr, P. (2004), *Gerontopedagogika*. Brno: MU PdF
23. Müller, O. a kol. (2007), *Terapie ve speciální pedagogice: Teorie a metodika*. Olomouc, UP
24. Pacovský, V. (1990), *O stárnutí a stáří*, Praha: Avicenum
25. Pichuad, C. (1998), *Soužití se staršími lidmi*, Praha: Portál
26. Rheinwaldová, E. (1999), *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada
27. Sýkorová, D. (2007), *Autonomie ve stáří*. Praha: SLON
28. Topinková, E., Neuwirth, J. (1995), *Geriatric pro praktického lékaře*. Praha: Grada
29. Trachtová, E. a kol. (1999), *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDV PZ
30. Trpišovská, D. a kol. (2000), *Kapitoly ze sociální psychologie*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E.Purkyně
31. Vágnerová, M. (2007), *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum
32. Vávrová, S. (2012), Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory jako totální instituce, *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 4, s. 39-46
33. Venglářová, M. (2007), *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada
34. Webrová, A. (2012), *Gerontologie: Studijní opora pro kombinovanou formu studia*. Ostrava: OA a VOŠS
35. *Zákon o sociálních službách*. Zákon č. 108/2006 Sb. V účinném znění ke dni 4.2. 2013

Příloha

Dotazník k BAKALÁŘSKÉ PRÁCI na téma:

**Programy a terapie pro seniory zaměřené na aktivizaci seniorů realizované  
pobytovými a ambulantními sociálními službami.**

Odborný statut: - vzdělání pracovníka:

- pracovní zařazení:

Jak dlouho pracujete v sociálních službách? .....

Jak dlouho pracujete v této konkrétní službě? .....

O kterou konkrétní registrovanou sociální službu se jedná? .....

.....

Jakou formou je sociální služba poskytována? (vyberte jednu nebo více možností)

ambulantní

pobytová

terénní

**Vlastní dotazník**

1. Jaká je maximální kapacita služby (tj., kolika nejvíce lidem ji můžete poskytnout současně?)

2. Jaká je doba poskytování služby?

(např. ambulantní SS, od 7:00 hod. – 16:00 hod, pobytová – nepřetržitě .....)

3. Vyberte, prosím, převážné věkové složení uživatelů sociálně aktivizační služby, ve které pracujete: (označte jednu z možností)

65 – 75 let

75 – 80 let

80 let – výše

4. Do jaké míry ovlivňuje aktivizace seniora jeho kvalitu života? (označte jednu možnost)

Velmi ovlivňuje

Spíše ovlivňuje

Ovlivňuje

Málo ovlivňuje

Nemá vliv

5. Které stavy a diagnózy podle Vašich zkušeností aktivizaci seniorů znemožňují? (vypište)

.....

.....

6. Kolik různých aktivizačních programů či terapií pravidelně poskytujete v rámci jednoho běžného týdne? (uveďte počet)

.....

7. Pokud ve vaší službě probíhají aktivizační programy, o jaké se převážně jedná? (vypište, prosím, a seřad'te podle toho, jak jsou nejvíce využívány – např. reminiscence, canisterapie, biblioterapie, muzikoterapie, ...)

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

8. Vede některý z těchto programů externí pracovník? Ano      Ne  
 (označte jednu z možností)

9. Pokud jste v předchozí otázce odpověděli ano, o který/é program/y se jedná a jaká je kvalifikace pracovníka, který jej garantuje? (vypište, prosím)

Program: ..... Kvalifikace: .....

Program: ..... Kvalifikace: .....

Program: ..... Kvalifikace: .....

10. O jaké další aktivizační programy je mezi Vašimi klienty největší zájem?  
 (označte a očísľujte podle největšího zájmu, 1 – největší, 2 – menší, 3 – nejmenší)

Výlety

Přednášky

Grilování, zahradní párty

Pohybové aktivity

Vzdělávací aktivity

Práce na PC

Trénování paměti

Výroba drobných předmětů

Jiné (uved'te):

11. Která z následujících kritérií se nejvíce promítla do současné nabídky Vašich terapií a aktivizačních programů v rámci Vašich sociálních služeb?

(vyberte, zvýrazněte libovolný počet odpovědí)

- zájem klientů
- zájem blízkých (partner, rodina, ...) klientů
- možnosti financování
- odbornost pracovníků
- prostorové možnosti
- jiné (uved'te):

12. Naráží vaše služba v možnosti poskytování aktivizační služby na nějaké překážky?

(vyberte, zvýrazněte libovolný počet odpovědí)

- ekonomické překážky

- odborní pracovníci
- nezáměr klientů
- architektonické bariéry
- jiné (uved'te):

13. Kolik hodin týdně věnujete těmto aktivizačním programům a terapiím na jednoho klienta? (vypište na základě vlastního odhadu)

- pomoc při sebeobsluze
- dopomoc při dalších činnostech
- aktivizace
- terapeutické činnosti
- styk se společenským prostředím
- jiné (uved'te):

14. Kolik hodin (podle Vašeho názoru) by bylo vhodné věnovat těmto aktivizačním programům a terapiím na jednoho klienta? (vypište na základě vlastního odhadu)

- pomoc při sebeobsluze
- dopomoc při dalších činnostech
- aktivizace



- terapeutické činnosti
- styk se společenským prostředím
- jiné (uveďte):

15. Kolik máte čekatelů na Vaši sociální službu v současné době?

.....

16. Myslíte si, že povědomí seniorů a jejich rodinných příslušníků o poskytování sociálních služeb pro seniory v rámci Olomouce a okolí je dostačující?

Ano

Ne