

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Diplomová práce

2015

Terezie Káňová

Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Terezie Káňová

Problematika negativních stránek přijímání pomoci

seniorů v Denním stacionáři Brumov - Bylnice

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Jakub Doležel, Th. D.

2015

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.“

V Olomouci dne 13. 4. 2015

.....
Terezie Káňová

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat svému vedoucímu práce panu Mgr. Jakubovi Doleželovi, Ph. D. za jeho odborné vedení, trpělivost při konzultacích a podporu, klientům Denního stacionáře Brumov - Bylnice a jeho pracovníkům, a také všem blízkým, kteří mi byli velkou oporou.

Obsah

Úvod	6
1 Prosociální chování	7
1.1 Pomáhající vztah.....	8
1.2 Podpůrný rozhovor	9
1.3 Klient	10
1.4 Pomáhající pracovník	12
1.4.1 Zodpovědnost a autorita	13
1.4.2 Kontrola X pomoc	13
1.4.3 Moc a bezmoc.....	15
1.4.4 Závislost a autonomie	16
2 Problematické situace v náplni denního stacionáře.....	17
2.1 Specifické aspekty cílové skupiny	17
2.1.1 Schopnost adaptace na změny	19
2.1.2 Potřeby seniorů.....	20
2.1.3 Autonomie ve stáří	22
2.1.3.1 Fyzická soběstačnost.....	23
2.1.3.2 Finančnisoběstačnost.....	23
2.1.3.3 Samostatné rozhodování	24
2.2 Náplň denního stacionáře.....	25
2.2.1 Motivace při práci se seniorem.....	25
2.2.2 Komunikace se seniorem.....	26
2.2.3 Prostředí.....	27
2.2.4 Práce se skupinou	28
2.2.5 Podpora soběstačnosti	29
2.2.6 Aktivizační program.....	30
2.2.7 Činnost z ergoterapeutického pohledu	31

2.2.8	Pohybové aktivity	32
2.2.9	Duchovní program	33
3	Denní stacionář Brumov-Bylnice	35
3.1	Cílová skupina	35
3.2	Poskytované služby	36
3.3	Denní režim	36
4	Výzkumná část	38
4.1	Cíle výzkumu	38
4.2	Výzkumný vzorek	38
4.3	Metoda získávání dat	39
4.4	Proces získávání dat	40
4.5	Metoda zpracování dat	41
4.6	Metoda analýzy dat	41
4.7	Výsledky analýzy	42
4.7.1	Setkávání	44
4.7.2	Kolektiv	46
4.7.3	Denní činnost	48
4.7.4	Soběstačnost	50
4.7.5	Volnočasové aktivity, kulturní akce	51
4.8	Diskuze	52
4.9	Limity	57
	Závěr	58
	Seznam literatury	59

Úvod

Ve své diplomové práci bych se ráda zaměřila na negativní stránky přijímání pomoci. Ze zkušeností během vykonaných praxí jsem měla možnost poznat mnohé z poskytovaných služeb ať už rezidenčních, ambulantních, tak také terénních. Stejně tak během studia jsme se několikrát zaměřovali na kompetence a dovednosti sociálního pracovníka nezbytné pro spolupráci s klientem. S tím také spojené úskalí spolupráce a především dispozice pracovníka, které brání poskytovat pomoc tak, aby klient nebyl staven do nerovnocenné pozice. Literatura poskytuje nepřehledné množství publikací na toto téma. Avšak já jsem se ve své práci chtěla na pomáhající vztah podívat z pohledu přijímajícího pomoc, tedy klienta. Položila jsem si tedy otázku, zda lze najít takové aspekty přijímání pomoci, které by mu bránily ať už o pomoc požádat nebo ji vůbec přijmout. Vnímají klienti oblasti přijímané pomoci jako problematické a na základě čeho se jim jeví jako problematické? Zaměřuji se na skupinu seniorů v ambulantní službě vybraného denního stacionáře, protože o problematických situacích, které mohou nastat v ambulantních či terénních službách, v literatuře není věnováno mnoho pozornosti. Naproti tomu o rezidenčních zařízeních pojednává ve svých publikacích mnoho autorů.

V teoretické části se pokusím zachytit základní aspekty prosociálního chování, pomáhajícího vztahu pracovníka a klienta. Dále se pak zaměřím na problematické situace, které by mohly nastat v denním stacionáři. S tím se pojí specifické aspekty cílové skupiny denního stacionáře, tedy seniorů, které se pokusím také vymežit.

Empirickou část budu věnovat kvalitativnímu výzkumu, jeho cíli, metodě získávání dat, analýze dat a výsledkům analýzy a povedu také diskuzi nad získanými poznatky.

1 Prosociální chování

Termín pomáhání podle Bierhoffa (2006, podle Zášková, 2009, s. 15 – 16) v sobě zahrnuje formy vzájemné lidské podpory a je příbuzný pojmům altruismus a prosociální chování. Motivem prosociálního chování pak může být buď úsilí o dosažení vlastního cíle, nebo snaha pomoci druhému. Naproti tomu altruistické chování, jak uvádí Zášková (2009, s. 16), je vedeno motivací k prospěchu druhého a vnitřní odměnou.

Chování, jehož cílem je dobro pro své okolí, odborná literatura označuje jako prosociální nebo altruistické. Takové chování pak s sebou nese několik charakteristických aspektů, mezi něž lze zařadit obětování se, poskytování útěchy, sdílení se a pomáhání (Zášková, 2009, s. 13). Další prosociální aktivity, které podle jedné z teoretiček L. G. Wispe, jak uvádí Slaměnik&Janoušek (2008, podle Zášková, 2009, s. 13 - 14) ve své publikaci, spadají do právě takového chování. Patří mezi ně projevování sympatie, soucitu, porozumění a emoční podpory v tíživých situacích; obdarování druhého ať už finančním darem či darem určeným k dobročinnému účelu a zároveň v sobě obsahuje zřeknutí se něčeho ve prospěch druhého (např. sladkostí, peněz, orgánů vlastního těla); dále nabízení podpory a pomoci druhému za účelem dosáhnout daného cíle či zabránit ztrátě (např. sousedská výpomoc v podobě potravin, obstarání nákupů nebo hlídání dětí) – pomáhající sice vynaloží určitý čas i námahu, ale jen s minimálním nebezpečím pro něj samotného; posledním aspektem je podílení se pomáhajícího na činnostech, které jsou prospěšné potřebným a nabízí tak spolupráci vyžadující námahu, časovou náročnost a angažovanost, při které se vystavuje jak tělesnému, tak sociálnímu nebezpečí. Cizojazyčná literatura takové chování označuje pak termíny jako *helping*, *helpingbehavior* nebo: „*generosity, socialresponsibility, generosity, socialresponsibility, volunteering, sharing, charity, donatingbehavior, aiding, morality, samaritanism, kooperace, citizenshipbehaviour*(Zášková, 2009, s. 14).“

Základním znakem prosociálního chování je činnost vykonávaná ve prospěch druhého či společnosti. Prosociální chování pak usiluje o zisk pro druhého a tato představa pomáhajícího řídí jeho chování. Jisté úskalí s sebou nese rozhodování v takových situacích, ve kterých není zřejmé, které chování je adekvátní a prospěšné příjemci pomoci (Zášková, 2009, s. 14). Reykowski (1974, podle Zášková, 2009, s. 15) podává návrh, jak hodnotit jednotlivé aspekty prosociálního chování v dané situaci. Poukazuje na to, že je

třeba rozlišit objekt (idea, instituce, konkrétní osoba), vůči kterému je daná činnost vykonávána a v tomto zorném úhlu od sebe odlišit činnosti. Dále by měl být sledován cíl činnosti vzhledem k dané osobě v oblasti tělesné, emocionální, morální, orientační, praktické, materiální. V dalším kroku by měl být sledován časový aspekt, zda se jedná o jednorázovou událost, nebo dlouhodobou (např. péče o dlouhodobě nemocného blízkého, apod.). V neposlední řadě by se mělo brát v úvahu náklady spojené s činností jako časové náklady, námaha, ohrožení na zdraví či materiální, duševní, tělesná, morální, emocionální újma.

Jednou z motivací prosociálního chování je altruismus. Specifickým případem altruismu je pomoc v nouzi, se kterou se sociální pracovník setkává dnes a denně. Čistý altruismus, který nemusí bezprostředně znamenat vzdát se svých potřeb ve prospěch druhých, má dle psychologů původ v konfliktu egocentrismu a altruismu. Projevy sobectví daného jedince byly v minulosti trestány. Dalším z možných motivů pak může být např. sklon k mateřskosti. Jiným motivem může být naopak princip osobní morálky, soucit, spoluúčast, empatie, smysl pro sociální humanismus, schopnost pomoci (Nakonečný, 2009, s. 221 – 226).

Pomáhající chování se tedy projevuje zejména v tzv. pomáhajících profesích, k nimž lze zařadit zdravotnické profese, sociální práci, pedagogiku, psychologii, terapii, duchovní doprovázení. Společným rysem těchto profesí je vztah pracovník – klient, kdy jeden z nich je v pozici pomáhajícího a druhý v pozici příjemce pomoci (Géringová, 2011, s. 21).

1.1 Pomáhající vztah

Lidský vztah v pomáhající profesi je nezbytný pro její uskutečňování, avšak nese s sebou jistá rizika a důležité prvky, které jej mohou natolik ovlivnit, že může dojít k jeho deformaci či vést k dilematům (Dočkal, 2008, s. 147). Do pomáhajícího vztahu vstupuje jak sociální pracovník, tak klient sám. Pomáhající si sebou přináší své hodnoty, postoje, role, které zastává. Důležité je pak podrobovat to, co si sebou přináší, kritice, sebepoznání a seberepozumění. Pomáhající se pak stává prostředníkem mezi klientem a jeho požadavky, uspokojení jeho potřeb či řešení problémů. Poskytování pomoci je v tomto případě však nereciproční, tedy klient za poskytnutí pomoci nedává pomáhajícímu žádnou odměnu (Janebová, 2006, s. 5 – 6).

Kopřiva (1997, s. 15) uvádí, že lidský vztah je nedílnou součástí pomáhající profese. Klade důraz na to, aby pomáhající během interakce projevoval přijetí, spoluúčast, porozumění, že klient není na obtíž apod. Stejně tak jako klade na důraz klientovy potřeby, zejména jeho potřebu důvěřovat někomu, pocít přijetí a bezpečí. Géringová (2011, s. 64 – 65) poukazuje na to, že spolupráce obou zúčastněných během pomáhajícího procesu s sebou nese mnohdy takové situace, kdy je pomáhající vystaven emocím svých klientů, které mnohdy vyjadřují utrpení, zlost, strach. Právě takové emoce mohou v pomáhajícím vyvolat vlastní emoce, proti kterým je bezbranný. A právě Géringová upozorňuje na to, že pokud pracovník neporozumí svému prožívání a nenaučí se rozeznávat vlastní emoce, nebude dostatečně citlivý k prožívání a emocím druhých.

1.2 Podpůrný rozhovor

Důležitým nástrojem sociálního pracovníka v interakci s klientem je samotný rozhovor a způsob jeho vedení. V následující podkapitole bych se proto ráda věnovala důležitým aspektům takového rozhovoru, které se prolínají každou spoluprací zúčastněných.

Podpůrný rozhovor vedený mezi zúčastněnými pomáhajícího procesu by pak měl vycházet z opravdovosti, nepodmíněného přijetí a empatického porozumění, které vychází z Rogersovského pojetí, jak uvádí Hájek (2012, s. 64) a dále je rozvádí. Opravdovost terapeuta se projevuje v souladu s tím, co vyjadřuje navenek (verbální sdělení, neverbální signály) a s jeho prožíváním. Naslouchající by si tedy měl uvědomovat své myšlenky, představy i tělesné pocity, které vnímá během interakce s klientem. Důležité však je, aby vyjadřoval ty z prožitků, které jsou pro klienta smysluplné a nezraňují jej.

Empatické porozumění a schopnost vcítit se do klientova prožívání je nutnou součástí, avšak je důležité, aby bylo ověřováno v komunikaci. Naslouchající by tedy měl na klientovo sdělení a prožívání reagovat citlivě a být si vědom svého jednání (Hájek, 2012, s. 67). King (2011, s. 679 – 680) doplňuje, že účinná pomoc pak vyžaduje specifické znalosti a schopnosti, ale také úsilí pomáhajícího musí být doprovázeno pochopením a uznáním podmínek, perspektiv a pocitů druhých. Důležitá je proto schopnost empatie, která dokáže předvídat a přesně odrážet obavy, které s sebou daná situace nese. Stejně tak jednotlivé modely lidského chování, které uvádí sociální práce v teorii i praxi zdůrazňují zjevnou důležitost empatie pro dosažení hodnotného vztahu s klientem. Mezi takové lze

zařadit psychodynamické perspektivy, kognitivně-behaviorální a humanistické perspektivy, které využívají empatii a související interpersonální dovednosti, jež definují základ pro úspěšný pomáhající vztah.

Empatické naslouchání pak v sobě odráží porozumění sdělení druhého, pomoc při vyjádření emocí, pochopení toho, co druhý cítí a také vnímání takových emocí, které sdělující slovy neumí vyjádřit apod. Podobné výrazy jsou pak také součástí aktivního naslouchání (Diaconescu, 2014, s. 67). Takové naslouchání vyjadřuje schopnost vnímat pocity klienta a Miley a Dubois (2006, podle Diaconescu, s. 67) definuje jako dovednost dialogu sociálního pracovníka sdělit své empatické porozumění, respekt bez předsudků či sobectví. Takový dialog potvrzuje důstojnost a hodnotu zúčastněných osob, umožňuje rozvíjet lidské možnosti, zvláště, potřebuje-li klient pomoci, touží právě po psychické, sociální i emocionální přítomnosti pomáhajícího. Hájek (2012, s. 71 - 72) přitom poukazuje na to, že by naslouchající měl napomoci přijmout druhému jeho prožívání a po té vytvořit takové podmínky, které povedou k zpřesňování prožívání. Během aktivního naslouchání pracovník projevuje svůj zájem o sdělení klienta a dává mu prostor k vyjádření pocitů.

V neposlední řadě důležitou součástí pomáhajícího vztahu je nepodmíněné přijetí, které se projevuje emoční blízkostí bez kladení jakýchkoli podmínek. Zároveň je vytvářena atmosféra bezpečí a důvěry nutná k tomu, aby klient dostal prostor pro nahlížení na svůj duševní svět. Takový postoj je zbaven jakýchkoliv hodnotících soudů a výhrad a je zakotven ve vyzrálosti a vyrovnanosti naslouchajícího (Hájek, 2012, s. 68 – 69).

1.3 Klient

Hlavními aktéry pomáhajícího vztahu jsou pomáhající pracovník a klient, který k němu přichází. V této podkapitole se zaměřím na pojetí klienta z pohledu sociální práce ve všeobecném měřítku, v kapitole Problematické situace v náplni denního stacionáře se pak zaměřím na specifické charakteristiky cílové skupiny stacionáře, a to především seniory.

Pokud chceme s klientem pracovat, je nutné pochopit člověka, který před námi stojí. Stejně tak je nezbytné mít na paměti, že lidský a sociální problém vzniká v důsledku komplexu jeho příčin. Avšak ne každá příčina pramení z oblasti psychologie. Často pak

sociální pracovníci zapomínají na širší kontext souvislostí a mají sklony problém řešit pomocí psychologie. Což může pracovníky svádět k prosazování vlastní vůle při řešení problému a jisté míře manipulace, jejímž výsledkem může být spíše poškození klienta než účinná pomoc, jak uvádí Dočkal (2008, s. 79).

Člověk v reakci na životní situaci, jež vyhodnotí jako náročnou, spouští mechanismy zvládnání, které jsou reflektovány ve světle dosavadních zkušeností, ve snaze nalézt řešení dané situace. V závislosti na počtu těchto zkušeností, které jsou k dispozici, je ovlivňována racionalita řešení. Čím méně zkušeností člověk má, tím méně se stávají vzorce chování v náročné situaci racionálnější a tím více jsou archaičtější. Jestliže nezbyvá už nic, začne se spouštět překvapivé chování, tzv. neracionální, jež vede člověka ke snaze nalézt východisko z neřešitelné situace jakkoli. Avšak takové chování neodpovídá žádné z dosavadních zkušeností, což je označováno jako stav nouze, který je v nás zabudován jako pud sebezáchovy. Aby byly takové vzorce spuštěny, musí být dosaženo určité míry bezmoci, která je ovlivněna vzděláním, kulturou, morálkou, uvádí Dočkal (2008, s. 74 - 75).

Koho vlastně profese sociální práce označuje klientem, objasňuje Úlehla (2007, s. 24). Sociální vztahy jsou řízeny normami, které je nutné dodržovat pro regulérní chování všech zúčastněných. Člověk, jenž se potýká s těmito normami či je nedodržuje dle jejich platných a uznávaných projevů v interakci, se stává klientem sociální práce.

Klientem služby se dle Janebové (2006, s. 11) člověk v té situaci, kdy má nějaký problém, který změnit lze či nějakou obtíž, což dle autorky představuje jako sice neměnný stav, ale lze klientovi napomoci ke smíření se s tím, anebo potřebu, která je ohrožena v jejím uspokojování v rámci sociálního fungování.

Matoušková (2010, s. 18 – 19) úvaha o způsobech hodnocení klientova a jeho situace vychází z hodnocených rámců, a to vývoje osobnosti klienta, sociální dovednosti, duševní zdraví, rozvoj rozumových schopností klienta či soubor takových vlastností, o nichž lze předpokládat, že mají vliv na sociální uplatnění klienta. Dále pak do rámce zahrnuje stupeň postižení, aktuální klientovy potřeby (např. dle Maslowovy hierarchie potřeb) a zdroje dostupné klientovi pro jejich naplnění; označení a vymezení problému nezbytné k navržení kroků řešení problémové situace; dovednosti klienta důležité pro zvládnutí klientovy situace; zmapování zdrojů a silných stránek klienta pro řešení jeho situace.

Pro porozumění toho, co tvoří „klientův svět“, lze dle Matouška (2010, s. 23) využívat i běžné metody pomáhajících profesí pro hodnocení případu. Uvádí také, že každá struktura či substruktura utvářející klientův svět je prozkoumatelná. Jako příklad uvádí genogram rodiny, rozbor volných asociací klienta, fotografie prostředí považované klientem za jeho domov, které pořídil sám klient aj. Klientův svět tak tvoří jednotlivé indikátory stávající se systémem v jednotlivých pomáhajících profesích. Takto utvářený klientův svět jako celek rozprostírající se v odlišných prostředích a zahrnuje reálné či imaginární postavy zainteresované v příbězích a každá z postav je vnímána buď jako pozitivní spojenec, nebo negativní spojenec.

1.4 Pomáhající pracovník

Každá role s sebou nese určitá očekávání, stejně tak role pomáhajícího, se kterou se pojí také zranitelnost pomáhajícího, v některých případech neschopnost vidět klientovy silné stránky či vzájemnou závislost. Proto je důležité, aby se pomáhající pracovník zaměřoval na své stinné stránky, na které může narazit např. při domněnce, že je ztělesněná pomoc sama a ne jenom prostředníkem ke zlepšení klientovy situace, se pomáhající může potýkat s touhou po uznání, ale už ne se zodpovědností za neúspěch. V takovém případě by pomáhající měl pracovat na přijetí toho, že je jen nástrojem pomoci, což mu pomůže k odpoutání se od závislosti na uznání a zmítání se mezi pocitem všemohoucnosti nebo naopak nemohoucnosti (Hawkins a Shohet, 2004, s. 23 – 24).

Stejně tak by měl být sociální pracovník vybaven určitými kompetencemi, schopnostmi a dovednostmi, které by měly napomáhat ve vztahu klient-pracovník k doprovázení, řešení situace. Takový vztah by měl být založen na empatii, opravdovosti a vřelosti pomáhajícího. Bez přítomnosti těchto schopností pomáhajícího se stává vztah s klientem problematický, protože není postaven na vzájemné důvěře, vstřícném zájmu a umění vzhledu do klientovy situace (Řezníček, 1994, s. 23).

V odborné literatuře jsou popisovány kritické oblasti spolupráce klienta a pracovníka, které mají vliv na pomáhající vztah. Domnívám se, že pro rovnocenný vztah během spolupráce je důležité si takové oblasti uvědomovat a pracovat s nimi. Následující podkapitoly se právě těmto oblastem věnují.

1.4.1 Zodpovědnost a autorita

Nedílnou součástí pomáhajícího vztahu se schopnost akceptovat rozhodnutí klienta, které vyplývá ze spolupráce, společného dojednávání zakázky a prvotní zakázky. Určitým rizikem v tomto případě je podsouvání vlastních domněnek o tom, co je skutečným problémem z pohledu pomáhajícího a co by bylo vhodným řešením situace. Rozhodne-li se klient pro určitý způsob řešení vlastní situace, které se pomáhajícímu nezdá dle jeho názoru až tak vhodné, může mít tendence k tomu jej zachránit před ním samotným, tedy poukázat na špatné řešení a nabídnout vlastní. Tímto způsobem spolupráce s klientem se sám pomáhající staví do pozice, kdy se cítí zodpovědný za klientovo jednání (Janebová, 2006, s. 8). Schopnost akceptovat klientovo rozhodnutí souvisí se zastávanou hodnotou respektováním rozhodnutí klienta, tedy žít podle vlastních představ. Tím však pomáhající sociální pracovník nerezignuje na svoji spoluúčast ve vztahu, ale zprostředkovává možné alternativy řešení, analyzuje povahu řešených problémů a jejich možných řešení, avšak uznává svéprávnost a důstojnost klienta (Řezníček, 1994, s. 29).

1.4.2 Kontrola X pomoc

Pomáhající pracovník se během interakce s klientem může projevovat jako neangažovaný či angažovaný. V případě prvním se chování dotyčného projevuje bez zájmu o klienta, což ani v pomáhající profesi není výjimkou. Častěji se však setkáváme s pracovníky angažovanými, pro které je pomáhání druhým smysluplné, což je ochoten vykonávat i za nízkou mzdu. Mimo to, že se výkon práce neomezuje jen na nutnost pro zabezpečení základních potřeb, ale angažují člověka celého, může se pracovní náplň stát možností, jak např. překonat pocit osamělosti a nejisté sebeúcty. Z toho pak může pramenit tendence přebírat kontrolu nad klientem nebo se pro něj obětovat na vlastní úkor (Kopřiva, 1997, s. 14 – 18).

K setkání klienta s pracovníkem vede klienta touha nalézt pomoc. Definuje se jako ten, který hledá pomoc. Pracovník i klient je motivován něčím, co mu pomůže svou potřebu naplnit. Potřebu pomáhat nebo si nechat pomoci. Již od prvního kontaktu s klientem si klade pracovník otázku, co přicházející klient potřebuje. Získáním odpovědi na tuto otázku se dostává pracovníkovi uspokojení v podobě pocitu užitečnosti, uvádí Úlehla (2007, s. 18).

Kopřiva (1997, s. 18) uvádí, že jistá míra kontroly je v každém společenství nezbytná při snaze udržet chování jeho členů v rámci stanoveného řádu, který zajišťuje fungování a bezpečí. Jestliže se kontrola projevuje nadbytečně, zabraňuje rozvoji autonomie. Stejně tak je tomu během spolupráce pomáhajícího a klienta, ačkoliv může být kontrola používána v dobré víře.

Ve vzájemné interakci pak pracovník buď pomoc nabízí, nebo klienta kontroluje. Avšak obojí je součástí profesionální práce a v interakci s klientem je přítomno. Pomoc se pak stává výsledkem interakce klienta a pracovníka během fáze objednávky, ve které je vyjádřeno klientovo přání, dále fáze pracovníkovi nabídky pomoci a na závěr ve fázi dojednávání, jehož výstupem je sestavení zakázky či stanovení cíle vzájemné spolupráce. Zásadním je pak, jakým způsobem se snaží pracovník nabízenou pomoc podat. Vyjádření kontroly nad klientem dá pracovník najevo tím, že se rozhodne o způsobu pomoci na základě svých domněnek, díky nimž je přesvědčen, že právě tento druh pomoci klient potřebuje. Avšak zájmy klienta dle jeho objednávky jsou jiné. Proto je nezbytně důležité, aby si pracovník osvojil dovednost zacházet jak s kontrolou, tak pomocí, aby pomoc byla účinná a respektovala klientova přání. Jak je uvedeno dále, při přebírání kontroly nad klientem je charakteristické, že se pomáhající řídí svými normami, ať už vlastními či ve většině případů normami vyžadovanými většinovou společeností. Pomáhající tak usiluje o to, aby se nežádoucí jev stal žádoucím dle měřítek norem společnosti. Jinými slovy tedy provádět kontrolu nad druhým znamená, že se chce o někoho postarat bez ohledu na jeho vůli. Stejně tak má kontrola své místo i v pomáhání, kdy je nástrojem socializace a zároveň je tak nevyhnutelná, ale i užitečná. Opakem kontroly je pak pomoc vyznačující se spoluprací rovnocenných a respektujícím postojem. Proto je také zapotřebí rozlišovat ve vztahu ke klientovi, kdy pomáhající nabízí pomoc a kdy jej kontroluje (Úlehla, 2007, s. 20 – 23).

Určitý projev kontroly ve vztahu sociálního pracovníka a klienta lze dle Guggenbühl-Craig (2010, s. 12 - 14) přirovnat k inkvizici, kdy v takovém vztahu zaujetím postoje kontroly usilujeme o přizpůsobení sociálně nepřizpůsobených, napravit neuspokojivé sociální struktury a usilujeme o prosazení toho, co považujeme za správné. A to v mnohých případech i tehdy, kdy to daní lidé odmítají a snažíme se jim tak vnutit jakousi koncepci života, se kterou nesouhlasí. Dále také upozorňuje na to, že pokud pracovník u sebe vnímá, že klientovi vnucuje něco, co on nechce, měl by zkoumat své motivy. Uvádí, že se často mohou projevovat touhy po moci, které je třeba reflektovat.

Takové touhy mohou být skryty ve snových dění či fantazii nebo triumfujících pocitech vítězství – to jsem mu to nandal. Právě motivace pomáhajících k pomáhání druhým může být často vedena potěšením spojeným s touhou klientovi vládnout a zbavit jej moci. Ono potěšení se může projevovat tehdy, když pomáhající pracovník jedná proti vůli klienta. Toto lze celé zaobalit do objektivně správného a dobrého, pod jehož nálepkou je ulevováno výčitkám svědomí za mocenské choutky.

1.4.3 Moc a bezmoc

Mocí v lidském vztahu rozumíme jako postavení jednoho ze vztahu, který se snaží z druhého udělat objekt, který by se mu poddával. Z takového postavení ve vztahu je snadné pro subjekt manipulovat s objektem ve prospěch svých cílů, čímž je u subjektu posilován pocit důležitosti a zároveň člověk v pozici objektu je zbavován zodpovědnosti. Druhým typem moci je tzv. božský komplex, kdy se dotyčný domnívá, že má právo ovládat lidi. Třetí typ se projevuje v kolektivu jako vůdce, král a jeho lid, příslušníci kmene (Guggenbühl-Craig, 2010, s. 66).

Lze rozlišovat moc reálnou a moc pociťovanou, jak uvádí Géringová (2011, s. 79). Moc reálná pak představuje pověření instituce omezit svobodu klienta v jeho zájmu, tedy aby předešel ohrožení zdraví klienta nebo ostatních. Naproti tomu moc pociťovanou lze vnímat na základě citace od Kopřivy v autorčině publikovaném textu jako vědomí pracovníka, že je mocnější než klient už tím, že on je ten pomáhající a klient ten, který pomoc potřebuje. Přičemž dle autorky dále se moc ve vztahu s klientem projevuje v komunikaci neverbálními projevy v pohledech, tónu hlasu, posturologie apod.

Naopak pocit bezmoci může být pomáhajícím pracovníkem pociťován např. v situacích, které se zdají bezvýhodné a pracovník klientovi nemůže být nápomocen (Géringová 2004, podle Géringová 2011, s. 80 – 81). Problematika bezmoci může souviset s fenoménem péče, která je odpovědí na jedny ze základních rysů člověka jako zranitelnost, závislost, křehkost a smrtelnost. Na tyto aspekty je zaměřována pozornost v případě péče o druhého a zároveň tyto aspekty patří k těm, nad kterými člověk nemá moc a nelze je odstranit. A tak je člověk odkázán na pomoc druhého, přičemž v této pozici se může cítit nedůstojně, protože čím více ztrácí schopnost postarat se o své potřeby, stává se závislejší na druhém, není schopen mu pomoc oplatit. Taková situace pak vytváří

nerovnováhu ve vztahu mezi tím, kdo pomoc poskytuje a tím, kdo ji potřebuje (Henriksen, Vetlesen, 2000, s. 22 – 23).

1.4.4 Závislost a autonomie

V případech, kdy se projevuje tendence pracovníka jednat s klientem tak, že jej zneschopňuje být autonomní osobou a činí jej tak závislým na vlastní péči, stává se pracovník přesně tím, co popisuje ve své publikaci Kopřiva (1997, s. 19) jako narušení hranice vztahu. Důsledkem takové nadměrné péče je pak oslabení samotného klienta než jeho posílení.

Autonomii neboli sebeurčení pak Henriksen (2000, s. 27) charakterizuje jako právo, které má každý jedinec a ostatní jej musí respektovat. Avšak v oblasti sociální práce a péče o klienty se pomáhající setkávají s klienty, kteří vlivem dispozic jako např. duševní onemocnění, stařecké demence apod. schopnost rozhodovat o svých potřebách či své záměry a zájmy uskutečňovat nemají. Proto je v praxi nutné rozlišovat a naučit se pracovat s tím, aby pomáhající přispívali k rozvoji autonomie tak, aby se klienti stávali soběstačnějšími a více autonomními, než aby za ně vše vykonávali pracovníci.

2 Problematické situace v náplni denního stacionáře

V předchozí kapitole jsem se zabývala pomáhajícím vztahem a jeho hlavními aktéry, tedy klientem a pomáhajícím pracovníkem. V následující kapitole se zaměřím na specifické aspekty cílové skupiny seniorů, které se promítají do spolupráce pracovníků ve stacionáři. Zároveň se pokusím vystihnout to, co literatura uvádí jako problematické při spolupráci se seniory.

2.1 Specifické aspekty cílové skupiny

Proces stárnutí i zabývání se stářím se vztahuje na osobu v její komplexnosti všech složek - fyzické, psychické, sociální i spirituální. V případě nahlížení na osobnost seniora optikou jen některého ze segmentů komplexnosti, bude proces stárnutí jednosměrný, omezený a zkreslený. Takové holistické pojetí osoby pak může napomoci ke zlepšování kvality života seniora (David, 2001, s. 131 - 132).

Období stáří se vyznačuje snížením jak fyzických, tak i psychických sil. Doprovází jej také vnější znaky, které lze pozorovat v tváři, na které se objevují ve značné míře vrásky, zšedivělých vlasech, gestech či pohybu v důsledku ochablého svalstva. Stejně tak jsou příznaky stáří přítomny i v oblasti smyslů, kdy dochází k vyšší míře citlivosti, oslabení rozeznávání chutí. Na psychický stav má nepochybně také vliv oslabený zrak a nedoslýchavost, které narušují správnému porozumění sdělení jiných osob. Častým postupem v interakci pak bývá vyjádřený souhlas o porozumění sdělení, ale vlivem již zmíněných oslabení dochází k častým nedorozuměním (Haškovcová, 2010, s. 32). Jedlička (1991, s. 8) uvádí mimo jiné také pokles kapacity krátkodobé paměti, prodleva v pocítění bolesti, pocit doteku se s rostoucím věkem taktéž oslabuje a rovněž dochází k poruchám rovnováhy.

V proměnách na úrovni psychiky lze v období stáří pozorovat úbytek elánu a vitality, udržovat kvalitní mezilidské vztahy stejně tak jako je navázat. Projevuje se nízká sebedůvěra, nedůvěra k okolnímu světu, také nejistota a úzkostnost. Stejně tak jako zvýšená tendence k pesimismu a negativismu, smutnění, zvýšené starostlivosti. Postupně dochází k emočnímu oplošťování a oslabení citění daného jednotlivce jak v oblasti etické,

tak sociální i estetické. Dochází také k rigiditě myšlení i jednání, z čehož vychází také tendence ulpívat na tradicích a zvycích (Haškovcová 1991, s. 14). Nejvýraznější změnou, kterou lze v období stáří pozorovat, je pokles obecné inteligence. Ačkoliv dochází ke zhoršení některých oblastí výkonu, jako tomu může být v případě paměti, je prokázáno, že kognitivní schopnosti zůstávají v dobrém stavu (Stuart-Hamilton, 1999, s. 74). Inteligenci rozlišuje Baltes (2009, s. 12 – 13) na fluidní, tedy vrozenou, biologickou a krystalickou, tedy kulturní, konkrétní. Úlohou fluidní inteligence je zajišťovat mechanismy pro přijímání a zpracovávání informací. V tomto případě lze ve stáří pozorovat oslabování této schopnosti velmi brzy. Naproti tomu získávání poznatků a zkušeností zajišťované krystalickou inteligencí se stále rozvíjí a zastávání této funkce je dlouhodobé. Z hlediska stárnutí je tedy snadno pozorovatelný úbytek schopností v rámci fluidní inteligence, kde se snižuje rychlost a přesnost zpracovávání informací, stejně taky krátkodobé paměti. Naproti tomu krystalickou inteligenci zahrnují takové dovednosti a schopnosti jako řeč, sociální inteligence či profesní vědomosti. Výhodou stáří jsou tedy zkušenosti jak životní, tak historické, emocionální inteligence a moudrost, které v tomto případě převyšují takové dovednosti a schopnosti lidí mladších.

Sociální stáří je vymezeno nikoliv věkem, ale vznikem nároku na starobní důchod a odchodem do penze, což má za následek proměnu sociálních rolí, ale i potřeb jednotlivce. Dále změnu životního stylu a zajištění po ekonomické stránce. Se sociálním stářím jsou spojena některá rizika jako ztráta společenské prestiže, životního programu, přítomnost pocitu osamělosti (Opatrný, Motlová, 2008, s. 93). S přibývajícím věkem si začínají senioři uvědomovat odlišnost od mladších generací, zejména v práci, kdy neovládají toliko z toho, co dříve. Ačkoliv zkušenostmi a pracovitostí se mladším kolegům snadno vyrovnají. Společnost mezi mladými jim dodává optimismus a pocit, že jsou stále v obraze a uprostřed dění. Avšak v některých názorech se mohou rozcházet, což může mít za následek pocit, že dění v okolí světě nerozumí (Haškovcová, 2012, s. 14).

Spiritualita je neodmyslitelnou složkou osobnosti dotvářející její komplexní pojetí. Právě tato část osobnosti se utváří vnímáním posvátnosti a rozvíjením vztahu k posvátnému. Ve smyslu spirituality jako součást osobnosti je myšlen především duchovní život jedince, nikoliv kolektivní náboženství. Spiritualita hraje u každého jednotlivce v menší či větší míře různě důležitou úlohu. Spiritualitou lze označit tedy jakékoliv vnímání posvátnosti, vztah k posvátnu a projevy takového vztahu (Vojtíšek,

Dušek, Motl, 2012, s. 12 - 15). V seniorském věku pak prožívání ve spirituální rovině může být spojeno s tzv. spirituální bolestí, jak uvádí Opatrný (2008, s. 96). Uvádí ji v kontextu se strachem ze smrti, který je člověku blízký a projevuje se jako pocit ztráty smyslu života. Senior tak může nabýt subjektivního pocitu, že jeho život neměl smysl. Mnohdy se v takovém rozpoložení projeví touha po smrti. V některých případech se ztráta smyslu může projevit i tehdy, když senior nabude dojmu, že je pro své blízké přítěží. S úbytkem a ztrátou osobních vztahů, které se projeví zejména v malé intenzitě budování vztahů s dětmi, vnoučaty, nebo smrtí manžela či přátel, dochází k narušení sociálních vazeb a tím i ochuzení o prožívání v duchovním životě. Takový stav je důsledkem toho, že senior nemá s kým budovat vztah, nemá být kým hledán a ani osloven. Z religiozního hlediska může senior prožívat spirituální bolest zejména z pocitu viny, který jej může provázet za některý čin z minulosti nepřijatelný pro jeho náboženství, nebo např. senioři katolického vyznání mohou prožívat pocit viny v takových případech, kdy jejich vnoučata či pravnoučata nebyla pokřtěna a ani vychovávána ve víře. Stejně tak i David (2001, s. 132) poukazuje na to, že mnoho starších osob zažilo ztrátu zdraví, role, příjmu, autonomie. Často si však kladou otázku, jaký je smysl života ve stáří? Přesto všechno však jsou zaznamenány změny v lidském charakteru, citění i duchovním zrání.

2.1.1 Schopnost adaptace na změny

Stárnutí s sebou nese celé spektrum problémů, s nimiž se musí jednotlivec potýkat. Lze mezi ně zařadit sníženou míru až ztrátu soběstačnosti, zhoršení zdravotního stavu, zabezpečení finančních prostředků přiměřených k slušné životní úrovni, adaptace na nový životní styl, úprava bytových prostor, změna výživy vzhledem ke složení, přehodnocení dosavadních aktivit, proměny psychiky, naplnění volného času a změna míry soběstačnosti (Zavázalová a kol., 2001, s. 26 – 26).

Schopnost adaptovat se na novou životní situaci akceptující změny, k nimž stárnutí vede, odvisí od dodržování zásad duševní životosprávy, péči o danou osobu a její životní styl. Pro způsob, jak nejlépe adaptačním procesem projít vzniklo několik teorií – teorie aktivního stáří zastávající udržení činností a kontaktů se světem jako základní předpoklad optimální adaptace; teorie postupného uvolňování aktivit naopak předpokládá vyvážení z řady činností a funkcí pro předpoklad úspěšné adaptace; teorie substituční vyzdvihuje nahrazení takových činností, povinností a rolí, které se stávají zatěžujícími pro daného

člověka takovými, které pro něj budou vhodnějšími. Pro to, aby došlo k optimální adaptaci, je třeba brát v úvahu jak životní styl ve stáří, tak také k individuálním dispozicím v oblasti zdravotní, profesní, rodinné, bytové. Je tedy nutné brát na zřetel integritu osobnosti samé a respektovat způsob jeho adaptace, který mu vyhovuje. Ať už tedy udržení si činností či omezení činností nebo nahrazení zátěžových činností jinými vhodnými. Proto je také důležité mít na paměti, že pro to, aby se starší lidé mohli adaptovat, je nezbytně nutné dát jim více času, aby uskutečněná změna nebyla vnímána jako nátlak (Švancara, 2004, s. 103 – 106).

Podle Baltes (2009, s. 13 - 14) mají staří lidé velmi dobrou schopnost adaptace na změny, neboť se neustále musí přizpůsobovat tělesným omezením, zmenšujícím se prostorům, a přesto všechno jsou v průměru spokojeni stejně, jako lidé mladšího věku. Tato schopnost vychází ze srovnávání situací lidí, jež se jim jeví jako horší. Avšak takové hodnocení je subjektivní a v určitých případech tak může být uplatňován mechanismus, kdy ztráta se může jevit jako zisk.

2.1.2 Potřeby seniorů

Potřeby seniorů, zejména u osob nad 75 let, se orientují zejména na oblast zdraví, bezpečí, klid a spokojenost, přičemž potřeby seberealizace a sebeaktualizace jsou v tomto období převážně satureovány. Převažují tedy potřeby fyziologické, z psychosociálních ještě pocit jistoty, sounáležitosti a lásky (Mlýnková, 2011, s. 48).

Trachtová a kol. (2001, s. 14) modifikuje potřeby dle Maslowa a poukazuje na to, že v uspokojování fyziologických potřeb je pro jedince důležité dodržování denního rytmu při uspokojení výživy, spánku či pohybu aj. a to tak, aby byly uspokojeny ještě dříve, než se stanou aktuálními. V případě, že jsou tyto potřeby aktuální, stanou se dominantními a mají vliv na chování jedince. Míra uspokojování fyziologických potřeb, jak uvádí Mlýnková (2011, s. 48 - 49), se odvíjí od míry aktivity provozované jedincem. Nicméně ve stáří vyžadují senioři naplňování potřeby vyprazdňování, která je silnější než dříve, více spánku a doby odpočinku. Do pozadí pak ustupuje potřeba příjmu tekutin, péče o hygienu či úpravu zevnějšku, o lůžko.

Potřeba jistoty a bezpečí pak v seniorském věku převažuje právě proto, že senioři často prožívají strach ze ztráty životního partnera či onemocnění a následného odkázání

na pomoc druhých. Sice potřebu seberealizace nepocit'ují v takové míře, jako možná dříve, přesto tato potřeba nevymizí. Dále je výraznou potřebou komunikace s okolím, která mnohdy nebývá naplňována v dostatečné míře. Zvláště, když ztrácí blízké i přátele nebo se ocitnou v institucionální péči. U některých, pokud jim to jejich mentální funkce dovolí, přetrvává touha po naplňování intelektuálních potřeb, které lze podporovat díky univerzitám třetího věku (Mlýnková, 2011, s. 49). Právě tyto potřeby chrání jedince před nebezpečím či ohrožením a jsou vyjádřením touhy po stabilitě, spolehlivosti, důvěře, osvobození od strachu apod. Do popředí se touha po uspokojení takových potřeb dostává v momentě, kdy jedinec má pocit životní jistoty (Trachtová a kol., 2001, s. 14).

Sociální potřeby vystupující do popředí v seniorském věku je potřeba lásky, a to nejen ji druhým dávat, ale také od druhých přijímat. Další z potřeb je touha po sounáležitosti s nějakou skupinou. Naplnění takové touhy může být např. v udržování kontaktu s rodinou, návštěvou zájmového klubu. Svou roli také hraje potřeba informovanosti o tom, co se děje v okolí, rodině. S tím také souvisí potřeba být vyslechnut a vyjádřit se (Opatrný, 2008, s. 95). S uvedeným souvisí také potřeba uznání, ocenění a sebeúcty vyjadřující touhu po důvěře v okolí a být nezávislý na názorech druhých. Zároveň je také vyjádřením touhy po respektování ze strany druhých, uznání statusu sociální skupiny. Tyto potřeby se projevují zejména v momentech, kdy senior ztrácí respekt u druhých, důvěru (Trachtová a kol., 2001, s. 14).

Naplňování spirituálních potřeb může být realizováno prostřednictvím činností, které mají transcendentální přesah obsažený v pomoci potřebným, lidem s hendikepem, aktivitách na ochranu prostředí či jiné aktivity zaměřené na hledání smyslu existence či vztahu k světu s přítomnou sebezpřesahující dimenzí. Vyjádření duchovní dimenze je přesahem existence individuálního jedince. Spiritualita však nemusí být nutně spojena s religiozitou. (Hacklová, Kebza, 2014, s. 121).

Péče o seniory v moderním pojetí se projevuje v komplexním pohledu na člověka a to ve všech jeho složkách – bio-psycho-socio-spirituální, tedy v holistickém pojetí. Člověka pak chápe jako dynamický proces, který je schopný do určité míry regenerovat. Činnost pak funkce těla i mysli rozvíjí, posiluje, ale i udržuje. Naproti tomu vlivem nečinnosti se funkce ztrácejí. Proto by péče o seniory měla dbát na uspokojování jak fyzických, tak mentálních i duchovních potřeb a to s ohledem na individualitu každého.

Vedle těchto základních potřeb by pracovníci měli dbát na uspokojování rekreačních a společenských požadavků (Rheinwaldová, 1999, s. 11).

Formy péče o seniory Mlýnková (2011, s. 66 - 67) rozděluje na rodinnou péči, zdravotní a sociální péči, kdy rodinná péče je poskytována v domácím prostředí, zdravotní v ambulantních nebo lůžkových zdravotnických zařízeních jako nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, hospice, domácí péče, geriatrická centra, psychiatrické léčebny, gerontopsychiatrická oddělení. Dále pak uvádí sociální péči, v rámci které uvádí zařízení, z celého spektra poskytovaných služeb, poskytující své služby seniorům. Mezi tyto patří domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy s pečovatelskou službou, domovinky, denní stacionáře, týdenní stacionáře, pečovatelská služba, střediska osobní hygieny. Náplní denního stacionáře je všestranná péče seniorům se sníženou soběstačností, socializační a aktivizační činnost.

2.1.3 Autonomie ve stáří

Osobní autonomie představuje individuální svobodu, sebeovládání, suverenitu či svobodnou vůli. Projevuje se také v možnosti podání kritiky, vyjádření vlastního názoru, reflexi a prosazování vlastních zájmů. Stejně tak je s autonomií ztotožněna individuální odpovědnost, integrita, důstojnost. Osobní autonomie se tedy vztahuje k názorům, motivům jednání a jednání jako takovému (Sýkorová, 2007, s. 73).

Autonomie tedy jedinci umožňuje uplatňování kontroly nad svým životem, kompetencích a kompetentním chováním. Sýkorová (2007, s. 81) dále upozorňuje také na to, že v období odchodu člověka do penze dochází k významnému omezení přístupu k takovým prostředkům, které by zajistily seniorům soběstačnost či takové prostředky využívat efektivně. V závěru jsou tak senioři označováni jako závislí.

S rostoucím věkem v období stáří se zvyšuje pravděpodobnost, že senior bude nezbytně nutné využít pomoci druhých v oblasti zabezpečení každodenních činností a v oblasti osobní péče. Tak fyzická kapacita daného jedince má vliv na výkon jednotlivých kompetencí, na rozsah a kvalitu komunikace s okolím a mimo jiné také ovlivňuje psychickou pohodu a sebepojetí a životní spokojenost (Spirduso, Gilliam-MacRae, 1991, podle Sýkorová, 2007, s. 82 – 83).

Ztrátu soběstačnosti však lze rozdělit na dobrovolnou a nedobrovolnou. Dobrovolně se může jedinec vzdát v případě, že zváží své schopnosti a možnosti vzhledem ke skutečnosti jako tomu může být například v oblasti úklidu a údržbě domácnosti, praní, vaření apod. Nedobrovolně soběstačnost ztrácí v důsledku tělesných změn a psychického stavu a zároveň není v jeho silách, aby tuto skutečnost změnil. Další možností nedobrovolné ztráty může být zbavení autonomie seniora jiným člověkem, např. donucení ke zbavení svéprávnosti. Ze zkušeností praxe vyplývá, že lépe se s omezením autonomie lidé vyrovnávají v oblasti sebeobsluhy či omezením pohybového aparátu v menším rozsahu (Matýsková, 2004, s. 47 – 48).

2.1.3.1 Fyzická soběstačnost

Soběstačnost je tedy schopností postarat se o sebe sama odpovídajícím způsobem a je složena z fyzické, psychické, sociální a hmotné složky. Ve stáří je pak zapříčiněna chronickými chorobami, vadami, zejména pak onemocněním neurologickým, psychickým, pohybového aparátu či poruchou smyslů. Dále pak chorobami, které vyžadují zvýšené nároky na ošetřování, využívání kompenzačních pomůcek a v důsledku i úpravu životosprávy. Jistý vliv také na nízkou míru soběstačnosti mají bytové podmínky, které neodpovídají zdravotnímu stavu daného jedince, špatná dostupnost služeb jak zdravotnických, tak sociálních či nedostatečná podpora rodiny a příbuzných apod. (Zavázalová a kol., 2001, s. 31 – 32).

2.1.3.2 Finanční soběstačnost

Míru autonomie ovlivňují také peněžní prostředky, jež jsou považovány za individuální zdroje. Tyto zdroje pak umožňují seniorům, jak jedním ze způsobů ovlivnit kontrolu nad životní situací. Ačkoliv mají senioři jistotu v přísunu financí ze starobního důchodu, dochází ke snížení ekonomické úrovně (Sýkorová, 2007, s. 119).

Z výše uvedených důvodů také hrozí riziko sociálního vyloučení a chudoby spojené s nízkým důchodem, nedostatečných rezerv pro případ nemoci či předcházejícím nízkým platem. Důsledkem omezení finančních prostředků může být vyloučení z běžného života ve smyslu výše životní úrovně závislé na ekonomickém zajištění jedince, vyloučení jedince z domácího prostředí do kolektivních zařízení pro ubytování za účelem snížení finančních nákladů, a tak v konečném důsledku může dojít ke ztrátě sounáležitosti s majoritou a tím také k asociálnímu chování (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 110 – 111). Vzhledem k tomu, že si senioři důležitost finančního zajištění ve většině případů uvědomují, usilují

o šetrné hospodaření. Avšak s rostoucím věkem a ubýváním sil a schopností určitou míru výpomoci budou potřebovat. I když má rodina zájem v zabezpečení seniora, ne vždy je to uskutečnitelné, a proto musí využívat některou z forem institucionální péče, která je limitována jak kapacitními možnostmi, tak vyžaduje jistou míru finančních výloh pro seniora (Haškovcová, 2012, s. 16 – 17).

2.1.3.3 Samostatné rozhodování

V sociálních vědách je autonomie posuzována zejména ve spojitosti se svobodným rozhodováním, tedy svobodné rozhodnutí jde ruku v ruce s kontrolou nad vlastním životem. Taková rozhodnutí však ovlivňují normy, situační nároky, sociální prostředí a v mnoha případech také stárnutí a stáří. Je nutné si proto uvědomit, že pro posuzování rozhodování, je třeba vnímat jednotlivce ve světle individuálních dispozicí a životních ztrát, které by mohly mít vliv na vnímání staršího člověka jako nekompetentního a bez oprávnění samostatně se rozhodovat (Sýkorová, 2007, s. 140).

Heckhausen (1993, podle Sýkorová, 2007, s. 83) poukazuje také na možnost rezignace na autonomii v situacích, kdy tato rozhodování se stává psychickou zátěží. V jiných případech není přítomna schopnost projevit svou vlastní vůli či naopak prosazování vůle poškozuje druhé a mnohdy i seniora samotného.

Jako akt vůle vnímá Kramářová a Tuček (2005, s. 24 – 25) je jednání a jeho motivy, které nás směřují k určitému cíli. Stejně tak i tato oblast se pod tíhou stárnutí mění. Uvádí také, že ve většině případů si motivy jednání uvědomujeme a následně pak vnímáme sílu vůle jednat k danému cíli. Avšak vlivem duševního i tělesného oslabení dochází k oslabení takovéto síly, rozhodovací procesy jsou ztíženy zvláště při zvažování preferencí jednotlivých motivací a následným útlumem jednání. Takový pokles vůle označují za hypobulii, která mnohdy může vést až k abulii, tedy úplné ztrátě vůle. Opakem takového stavu je hyperbulie – zvýšené tempo jednání. Toto jednání pak vede k unáhleným a nesouvislým krokům v jednání. Dále uvádí méně časté poruchy jednání jako dlouhodobá absence jednání, impulzivní jednání, které bývá přítomno u specifických poruch. Zatímco zkratkovité jednání je projevem velmi častým.

Potřeby seniora a proměny na úrovni osobní autonomie a soběstačnosti, jak uvádí výše kompilace teoretických poznatků, zasahují do všech složek osobnosti a s přibývajícím věkem se mění jejich uspokojování vlivem změny schopností. Proto by náplň volného času

a zvolené činnosti měly akceptovat tyto aspekty, stejně tak jako brát na ně ohled v přístupu pracovníka k jednotlivci.

2.2 Náplň denního stacionáře

Náplní denního stacionáře podle zákona o sociálních službách (108/2006), je poskytování *„ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“*. V závislosti na plnění tohoto závazku, realizují svou činnost prostřednictvím nabídky těchto služeb: *„pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“* (zákon o sociálních službách 108/2006).

V následujících podkapitolách se proto zaměřím na témata související s náplní denního stacionáře a zachycení těch poznatků, které se budou zabývat problematičností v jejich realizování v praxi.

2.2.1 Motivace při práci se seniorem

Uspokojovat naše potřeby nás nutí motivace. Podkladem pro motivaci je tenze dosáhnout rovnováhy mezi jedincem samotným a prostředím. A to takovým způsobem, že bude vykonávat činnosti, které jej budou vést k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti. Vlivem chronických onemocnění však dochází k oslabení funkčních omezení, která znemožňují rozvoj dosažených schopností. Záleží pak na přístupu pracovníků, zda svým postojem a chováním seniora podpoří a povzbudí jej tak, že vyjádří víru v jejich schopnost uspokojovat své potřeby sám. Pracovníci by se měli zaměřit proto na oblast touhy dosáhnout stanoveného cíle, a zda je cíl adekvátní a reálný vzhledem k jeho možnostem, dále zda senior sám věří, že tyto aktivity zvládne a cíl tak naplní a případně kdo mu je oporou a v neposlední řadě, jaké aktivity bude vykonávat, aby jej učinily spokojeným se sebou samým (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 35 – 36).

Pro to, aby pracovníci zaujali klienta nějakou činností, měli by být obeznámeni s klientovou dosavadní strukturou života. Dále také navázat s ním empatický vztah, ve kterém bude pracovník chápat klientovo prožívání, dá mu prostor pro důvěru, bude usilovat o pochopení v každé situaci a napomáhat znovu nalézt smysl každodenního života (Kleветová, 2008, s. 46).

Zvolené aktivity nabízené klientům mnohdy mohou vzbuzovat u klientů obavy z toho, že zesměšní, něčemu nebudou rozumět či neobstojí. Pocity trapnosti může vyvolat vědomé vlastní nadváhy, inkontinence či jiných fyzických znevýhodnění. Důležitým prvkem před zahájením dané činnosti je obeznámení se s nadcházejícím. Pracovnice by teda měla klientům popsat a vysvětlit, jaká činnost je čeká, co během ní budou dělat, co z toho získají, co nového se naučí. Během každé aktivity musí mít každý s klientů pocit, že se jí účastní dobrovolně a má možnost kdykoliv si odpočinout, odejít. Dalším z prvků, který ovlivňuje aktivitu a zájem o nabízenou činnost, je složení skupiny. Pokud se ve skupině účastní aktivit někdo, kdo je danému klientovi nepříjemný, může to ovlivnit jeho motivaci zapojit se. Proto je důležité, aby pracovník s takovou informací pracoval (Rheinwaldová, 1999, s. 34 – 35).

2.2.2 Komunikace se seniorem

Vzhledem k tomu, že během aktivizačních programů jsou pracovnice v přímém kontaktu s klienty seniory, může být rizikovou oblastí zejména komunikace.

Do procesu interakce vstupuje jak pracovník, tak klient. Pro vybudování dobrého základu vztahu je nutná správná komunikace mezi účastníky, tedy pečujícím a příjemcem pomoci. Přičemž je nutné mít na mysli to, kdo před námi stojí. Dle Venglářové (2007, s. 74 - 78) mohou být bariérami ve vztahu ze strany klienta ku příkladu nedůvěra, neochota komunikovat či obava, jak s informací pracovník naloží. Existují také oblasti, o kterých se dříve nemluvalo, jako sexualita, finance, problémy v rodině. Pokud pracovník nenaváže důvěrný vztah či nedokáže vytvořit takovou atmosféru, může se snadno stát, že klient bude záměrně odbočovat na jiná témata. Problematické situace v oblasti komunikace mohou také nastat v případě používání vulgarizmů a nadávek. V takových případech je potřeba zvážit, zda používání těchto projevů je následkem duševního onemocnění nebo naopak jde o jejich vědomé vyjadřování. Další situace, se kterou se může pracovník během komunikace setkat, je hovor vedený na stále stejné téma, na což může mít vliv jednak

zapomínání nebo zvýšenou obavou o své zdraví. Tak se mohou stát tato témata tím, co je podle klientů vhodné probírat se zdravotníky.

Mlýnková (2011, s. 53) doplňuje výčet možných bariér o somatické, které mohou mít vliv na komfort klienta během komunikace a to bolest, zhoršený sluch i zrak, porucha řeči, demence, únava. Z psychických bariér může mít vliv prožívání stresu, strachu, úzkosti.

Stejně tak ze strany pracovníka může být bariérou strach ze zavedení rozhovoru na vážná témata jako umírání, nevyléčitelné nemoci či erotická témata, která hraničí se sexuálním obtěžováním. Jinými faktory pro vznik bariéry mohou být problémy s daným klientem, nedostatek času (Venglářová, 2007, s. 75). Dalším faktorem může být aktuální životní situace pomáhajícího. Ten sice klientovi naslouchá, ale pasivně, protože např. prochází těžkým životním obdobím a není schopen přijatelně reagovat na klientovo sdělení, což klient vycítí (Mlýnková, 2011, s. 53).

2.2.3 Prostředí

Pro to, aby senior mohl objevit nové možnosti, jak rozvíjet sám sebe, je nutné vytvořit podnětné prostředí, ve kterém zakusí laskavost a podporu, vstřícnost ze strany pracovníků, ale také prostředí ohraničené konkrétními pravidly a řádem (Klevertová, Dlabalová, 2008, s. 36). Stejně tak důležitou roli hrají prostory, ve kterých se klienti zařízení pohybují, protože změny v prostředí ovlivňují změny v chování. Takové prostředí by nemělo být ponuré, bezútěšné, sterilní apod. Důležitým faktorem se bezesporu jeví potřeba být orientován v prostoru, ať už fyzicky či citově. Okolní prostředí by také nemělo vyvolávat v klientech pocity úzkosti, osamělosti, strachu. Takovým pocitům se lze vyvarovat označováním popisků, barevným rozlišením či jednotlivými symboly, což usnadní zmapování prostoru a také předejde frustraci z možného bloudění v prostoru. Stejně tak vybavení prostoru by mělo odpovídat zdravotním nárokům seniora s ohledem na výšku židlí, opěradel, výšce skříní a zásuvek. Dále by měly různé informační panely a text na nich brát ohled na oslabený zrak apod. (Rheinwaldová, 1999, s. 37 – 38).

Rovnováhu mezi prováděnou činností a přiměřeným výkonem zajišťují požadavky prostředí, jedince samotného a zároveň jeho schopnosti a dovednosti. Pokud jsou tyto složky v rovnováze stejně s požadavky prostředí, ve kterém se činnost odehrává, vytváří

pracovník atmosféru podnětnou pro realizování volnočasových aktivit, běžných denních a pracovních činností (Crepeau a kol., 2003, podle Jelínková, 2009, s. 39). Prostředí tedy hraje významnou roli pro výkon zvolené činnosti, protože nevhodně vytvořené prostředí nese rizika spojená s vytvářením bariér, vyššími a zbytečně zatěžujícími nároky. Proto je důležité jej přizpůsobovat potřebám jedince (Jelínková, 2009, s. 40).

2.2.4 Práce se skupinou

Během činností prováděných v denním stacionáři se zapojuje každý z klientů. Tato forma práce nabízí jednotlivcům vzájemné sdílení se, které následně usnadňuje proces učení, utváření vztahů. Pocit sounáležitosti se skupinou se může stát důležitým prvkem pro posílení a rozvoj sebedůvěry. Stejně tak jako hrozí riziko nepříjemné zkušenosti, kterou může být vyloučení či stigmatizace (Navrátil, 2001, s. 125).

S ohledem na zvolenou činnost Creeková (2002, podle Krivošíková, 2009, s. 111 - 112) lze pak rozdělit skupiny na ty, jež se zaměřují na činnost a podpůrné skupiny. Skupiny zaměřující se na činnost v sobě zahrnují sociální prvek, který provází realizování činnosti. Cílem takové formy skupiny je především rozvoj dovedností jedince a náplň programu se soustřeďuje na zábavu a odpočinek. V procesu realizace činností se klade důraz spíše na výsledek než na jeho samotný průběh. Úkolové skupiny se pak zaměřují na funkční dovednosti jedince a jejich rozvoj. Příkladem může být koordinace, koncentrace, rozvoj pracovních dovedností a schopností. V praxi pak jsou realizované řemeslnými, rukodělnými, výtvarnými činnostmi. Také sociální skupiny spadající do skupin zaměřených na činnost se zaměřují na sociální interakce a jejich prožívání a rozvoj zájmů. Lze mezi ně zařadit aktivity jako fotbal, tanec či stolní hry. Naproti tomu skupiny podpůrné kladou důraz více na proces samotný než na výsledek. Tato forma skupiny sebou nese psychotherapeutický prvek a umožňuje jednotlivci zkoumat své pocity, pomáhá mu se v nich zorientovat a zároveň utvořit si náhled na své problémy. V rámci podpůrných skupin lze sledovat zájmy komunikační skupiny, a to vzájemné sdílení a poskytování podpory během upevňování sociálních dovedností, v průběhu kreativní terapie či diskuze. A také skupinu psychotherapeutickou, která napomáhá zkoumat a vyjadřovat vlastní pocity prostřednictvím psychodrama, projektivní arteterapie.

Důležitým faktorem pro správné fungování skupiny je její skladba, ve které by měl být zohledněn věk jednotlivců (ačkoliv u seniorů nehraje tak důležitou roli); hodnotový

system – mírné odlišnosti lze tolerovat, avšak působí-li velké potíže, je třeba s touto informací pracovat; společné problémy; společné zájmy – tato oblast podporuje posilování sociálních dovedností, identifikaci s vlastní rolí a pomáhá ve vytváření společenství; inteligence; schopnost akceptovat autoritu; pohlaví a sebevědomí. Počet lidí ve skupině by se měl odvíjet od charakteru skupiny (Navrátil, 2001, s. 127 – 128).

2.2.5 Podpora soběstačnosti

V kategorii sebepéče jsou zahrnuty každodenní činnosti jako hygiena, vyprazdňování, stravování, oblékání. Zvládnutím těchto aktivit je člověk soběstačným, neboť aktivity vykonává sám a bez dopomoci jiných a pravidelně. V období stáří s poklesem funkčních schopností se člověk stává méně soběstačným. Jeho schopnost vykonávat každodenní činnosti je aktuálně i potencionálně snižena. Při vyhodnocování úrovně zachovaných funkcí pro sebepéči je nutné mít na paměti to, aby výsledkem nebylo zneschopnění klienta, ale podpoření nezávislosti. Funkční úrovně sebepéče a její klasifikaci lze pozorovat v modelu Gordonové, a to následujícími stupni: 0 - nemocný je nezávislý a soběstačný; 1 - nemocný vyžaduje minimální pomoc, zvládá 75% činností bez dopomoci, zařízení používá sám; 2 – 50% činností zvládá sám, vyžaduje menší pomoc a dohled či radu; 3 – na této úrovni zvládá sám méně než 25% činností, míra potřeby pomoci je velká, ať už od osoby jiné či přístroje; stupeň 4 značí úplnou závislost na péči druhých a jejich dohledu a stupeň 5 představuje absolutní neschopnost péče o sebe s nulovou aktivní účastí (Trachtová a kol., 2001, s. 21).

Přestože je období stárnutí spojeno s omezeními, je přáním každého seniora zachovat si co nejdéle soběstačnost. K té by pak měly směřovat zvolené aktivity, které však vychází z kontextu samotného jedince a také vycházejí z jeho aktuální situace i toho, čím si v daném období prochází. V takovém případě je vhodné čerpat informace z rozhovoru se samotným klientem, jehož obsahem bude historie jeho života, zkušenosti, hodnoty, které považuje ve svém životě za důležité a které vyznává. Stejně tak by mělo v rozhovoru dojít na aktuální situaci a dát klientovi možnost vyjádřit svá přání, naděje i obavy. Pro udržení autonomie a nezávislosti je nezbytná motivace ke spolupráci, rozhodování, plánování a myšlení. Sama touha po udržení soběstačnosti může být jedním z důvodů spolupráce klienta s pracovníkem (Dzirba, 2010, podle Goniewicz M., Dzirba, Goniewicz K., 2013, s. 308).

2.2.6 Aktivizační program

Aktivita je jedním z nejdůležitějších nástrojů pro naplňování kvality života seniorů. Kladný subjektivní prožitek všeobecně přispívá k větší životní spokojenosti a zároveň přispívá k udržení duševní a tělesné výkonnosti, což vede k zapojení do společnosti, které se stává smysluplným. Oblasti, kterých by se mohla aktivizace týkat, jsou např. fyzioterapeutické postupy při rehabilitaci, podpora zaměstnávání seniorů, podpora nabídky dalšího vzdělávání v různých oblastech, množství zájmových aktivit, nabídka účasti na společenském životě, rovné příležitosti, které umožní zapojit se do veřejného života (Kozáková, Müller, 2006, s. 36 – 38). Období stárnutí se vyznačuje celým souborem pochodů, které se začínají odehrávat ještě dříve, než jsou zaznamenány z vnějšku. Mnohé morfologické změny jako např. různá produkce hormonů, snížená látková výměna, zpomalení syntézy bílkovin apod. vedou k funkčním poruchám. Ty se pak projevují jako snížená výkonnost, zejména porucha adaptace na zátěž; brzká únava či delší časová prodleva mezi námahou a zklidněním se po ní. (Jedlička, 1991, s. 7). Domnívám se tedy, že by takové proměny měly být zohledněny při výběru aktivizační činnosti.

Pichaud a Thareauová (podle Jurečková, 2003, s. 142 - 143) uvádí, že aktivizace v sobě spojuje animaci a aktivaci, přičemž animací se rozumí snaha o důstojné prožívání každodenního života vycházející z radosti ze spontánnosti, chuti a radosti a zabývá se takovými zájmy, které vychází z toho, čím se lidé sami zabývají. Aktivity zorganizované zaměstnanci pak nazývá doplňkovou animací, kdy skupinová animace staví na společných zájmech klientů a individuální se odehrává v domácím prostředí klienta, jestliže je navštěvován např. pečovatelskou službou. Za smlouvenou aktivaci se pak považují akce takového druhu, které zapojují umělce, skupiny z vnějšku a také kontakt s okolím, který je realizován především výlety, navazováním vztahů mezi organizacemi, využitím dobrovolníků. Naproti tomu Jurečková (2003, s. 143 - 144) uvádí, že aktivace klade důraz na uspokojování hlavně psychických a sociálních potřeb a částečně i fyzické, které však ve většině případů zabezpečuje už jiná služba. Důraz je kladen hlavně na individuální potřeby jedince, což bývá mnohdy v animaci opomíjeno.

Pro to, aby nabízený program aktivit byl úspěšný, je důležité, aby personál sdílel nadšení, aby příprava programů byla tvořivá a klienti aby byli připraveni. Aby náplň programu byla pro jeho účastníky cenná, musí být dána účastníkům možnost se aktivně zapojit a přispívat. Stejně tak by náplň měla brát ohled na prostory a možnosti zařízení.

Navržené aktivity pro účastníky programu by měly být sestaveny tak, aby na jedné straně působily na klientovy schopnosti v oblasti fyzické, mentální, společenské a emoční a zároveň aby jeho život dělaly smysluplnějším. Každá z aktivit by pak měla být neustále vyhodnocována, zda ještě klientům vyhovuje (Rheinwaldová, 1999, s. 21 - 23).

2.2.7 Činnost z ergoterapeutického pohledu

Ergoterapie a její působení na jedince si klade za cíl zhodnocovat chování v jednotlivých oblastech, např. psychosociálních, senzomotorických či kognitivních. Dále rozvíjet v nejvyšší možné míře a podporovat zdraví, přičemž by zvolené aktivity měly vycházet z vlastních potřeb jedince a požadavků okolí a v neposlední řadě také rozvíjet, podporovat či udržovat funkční výkon jedince (Krivošíková, 2011, s. 19).

Oblasti působení ergoterapie na jedince se zaměřují na nácvik všedních denních činností; nácvik pracovních dovedností; zaměstnávání; funkční ergoterapie a zaměřená na poradenství. Ergoterapie zaměřená na nácvik denních činností je aplikována tehdy, kdy je klient omezen ve své nezávislosti v běžném životě, tedy jeho omezení brání schopnosti samostatně fungovat v každodenních činnostech. V takových případech pracovníci pomáhají klientovi v základních fyzických funkcích jako osobní hygiena, oblékání, jedení, koupání, použití WC a při potížích s mobilitou. Mezi další aktivity spadající do oblasti omezené soběstačnosti řadí ergoterapie také behaviorální a sociální aktivity běžného života jako nakupování, domácí práce, vaření, manipulace s penězi, telefonování, jízda autem či využití veřejné hromadné dopravy. Součástí náplně pracovníka je také využití kompenzačních pomůcek, které by měly napomáhat klientovi k soběstačnosti. (Krivošíková, 2011, s. 23 - 24).

Ergoterapie se zaměřením na nácvik pracovních dovedností pak napomáhá jedinci v jeho začlenění do zaměstnání, konkrétních pracovních podmínek či zpět do původního zaměstnání. Zařazování takových činností podporuje pracovník prevenci před ztrátou pracovních návyků (Krivošíková, 2011, s. 25 – 26).

Hlavním cílem ergoterapie zaměstnáváním je odpoutat pozornost od negativních vlivů onemocnění na celkové rozpoložení jedince. Příkladem využívaných činností mohou být rukodělné práce jako pletení, háčkování, vyšívání, tkaní, práce se dřevem, papírem či přírodninami, modelování, batikování apod., nebo společenské hry jako šachy, dáma,

karetní hry, z kategorie sportovních či pohybových aktivit míčové hry, kuželky, šipky aj., a v neposlední řadě lze zařadit také četba knih, poslech hudby či sledování televizních programů apod. Pracovník by při volbě takových činností měl vycházet především z přání klienta, přičemž záleží také na motivaci jedince. Vhodnou formou setkávání u činností je skupina klientů se stejným zdravotním stavem, stupněm postižení, věkem a pohlavím (Krivošíková, 2011, s. 26 – 27).

Funkční ergoterapie se zaměřuje na postižené části těla a měla by působit na senzomotorickou složku činností, zejména na zlepšení koordinace oka a ruky, svalové koordinace, jemné a hrubé motoriky, apod., dále také ovlivňovat kognitivní složku, do které spadá pozornost, paměť, orientace, aj. a také příznivě působit na psychosociální složku činnosti jako interpersonální dovednosti, sebepojetí, sociální interakce, sebeovládání. Pozitivních výsledků v těchto oblastech dosahuje intenzivním cvičením, jeho opakováním, hraním rolí, nácvikem asertivity, kreativními formami terapie (Krivošíková, 2011, s. 27). Posledním typem ergoterapie je zaměření na poradenství, během kterého pracovník poskytuje hlavně informace o možnostech, kompenzačních pomůčkách, nabízených službách, na které má klient nárok (Krivošíková, 2011, s. 28).

Důležitým prvkem procesu ergoterapie je neustálé vyhodnocování a kritická reflexe činností s ohledem na autentičnost klientových požadavků a stanovených cílů. Důležitou složkou spolupráce je rovnost obou zúčastněných založená na vzájemném respektu, nikoli takového vztahu, ve kterém pracovník klienta staví do nižší pozice. Stejně tak nabízené služby by měly být dostupné a zapadat do kontextu, ve kterém klient žije (Hammel, 2013, s. 175).

2.2.8 Pohybové aktivity

Stárnutí je procesem, který se dá v určité míře ovlivnit, a to zejména v oblasti duševní a fyzické aktivity, vhodně zvolenou stravou. Aktivita podporuje lepší kondici seniora a správně zvolené cviky snižují rozvoj zdravotních potíží. Mimo to také má příznivý účinek proti depresím, podporuje sociální kontakty a utlumuje pocit vyčerpání (Uhlíř, 2008, s. 15). Dále uvádí, že důležitějším prvkem v seniorském věku než fyzický výkon, je získat schopnost empatie, tedy vcítit se do druhého. Mimo jiné také kolektivní hry jako házení míče mezi sebou či jednoduché tence podporují seniory v navazování

kontaktů a jejich upevňování či rozvíjení přátelské pomoci nebo prožívání radosti ze společného zážitku (Uhlíř, 2008, s. 31).

Zařazením pohybových aktivit do běžného denního programu podporuje přesvědčení, že daný jedinec může ovlivnit své zdraví i nezávislost. Zároveň se tak stává aktivním spolutvůrcem vlastního života a právě taková činnost jej může významně obohacovat. Společně s jinými aktivizujícími činnostmi, přijme-li je jedinec jako smysluplné, jsou motivujícími prvky pro tělesnou a duševní aktivitu, kdy je mimo jiné také pozitivně ovlivňována psychika, posílení sebedůvěry ve vlastní schopnosti a dovednosti. Takový postoj pak snižuje zdroj depresivních myšlenek či nálad, které mají vliv na celkové jednání. Proto, aby pohybové programy byly účinné, je nutné dbát na komplexní přístup, ve kterém by se mělo promítat jak zdravotně tělovýchovné působení, tak také tělesné, duševní a nutriční. Po seznámení seniorů s celou filosofií vybraných cvičení a jejich významu pro kvalitu života. Stejně tak dbát na to, aby byla navozena příjemná atmosféra, která podporuje zájem o cvičení. A v neposlední řadě je také třeba zohlednit zdravotní stav seniorů a jemu přizpůsobit cvičební program (Štílec, 2003, s. 85 - 87).

2.2.9 Duchovní program

Vojtíšek, Dušek, Motl (2012, s. 189 - 191) uvádí, že spirituální potřeby se staly tabu po odsunutí prožívání duchovního života do soukromé sféry. Přirozeným důsledkem tedy bylo to, že klienti se neměli s kým o duchovních otázkách poradit. Do jisté míry přetrvává tiché obcházení spirituality, zejména jedná-li se o silný duchovní prožitek vedoucí k výrazným životním změnám, které vedou k intenzivnějším spirituálním prožitkům. Mezi spirituální prožitky lze zařadit i takové, které se na první pohled nejeví jako náboženské, ale jsou popisovány takovými prostředky, které jsou charakteristické pro spirituální prožitky. Pro představu lze uvést např. úžas nad tajemstvím života, pocit souladu s vesmírným řádem či pocitem, že nic se není náhoda. Říčan (2007, podle Vojtíšek, Dušek, Motl, s. 196 - 197) uvádí, že běžné spirituální prožitky provází denní činnosti a tím se prolínají celým životem. Příkladem může být radost z pěkného dne či vědomí Boží existence, pocit lásky k bližnímu, lítost či vyjádření soustrasti či pocit viny a prožitek odpuštění. Dále autoři (2012, s. 193) publikace uvádí, že v současné době se vyskytuje také jakýsi kult mimořádných zážitků, jinými slovy změněné stavy vědomí, jež nabízí zejména alternativní duchovní proudy nabízející např. astrální cestování, telepatii,

vize budoucnosti či návrat do minulých životů. Z hlediska spirituality se však spíše jedná o okrajový fenomén.

Pro pracovníky v pomáhajících profesích a jejich doprovázení klientů je nezbytné reflektovat vlastní postoje a uvědomovat si předsudky a pracovat s nimi. Důležitým postojem je otevřenost ke změně vlastních postojů, názorů a také vnímán jinakosti druhého, což zachovává důstojnost klienta (Vojtíšek, Dušek, Motl, 2012, s. 197).

Pro zajištění duchovního programu je možné využít např. možností laiků či kněze dané farnosti. Farní komunita se tak může stát zdrojem pro zvládnutí obtížné situace. Zejména jedná-li se o charitní zařízení, tvoří pracovníci jakýsi most mezi farní komunitou a životní situací klientů. Ne vždy se však obě strany setkají s kladnou odezvou (Doležel, 2009, 42). Významnou oporou v obtížných životních situacích mohou být nabízeny také komplexní odborné služby spojené s duchovní oblastí, pod nimiž rozumíme pojem duchovní poradenství. Avšak takový druh poradenství nemusí být nutně spojován s konkrétní duchovní tradicí. Cílem tedy je podpora klienta v jeho situaci, nabídnout různé možnosti řešení a motivovat jej k samotnému řešení, čímž pomáhající podporuje růst klienta k jeho osobnostní zralosti. Klientem duchovního poradenství je tedy takový člověk, který hledá pomoc v otázkách z oblasti duchovního života, avšak nezávisle na instituci reprezentující tradici, ve které svůj duchovní život realizuje (Vojtíšek, 2008, 141 - 143).

Ačkoliv výše uvedené poznatky podaly nástin možných problematických situací či problematických aspektů interakce mezi pracovníky a klienty, přesto byly popisovány zejména v rezidenčních zařízeních. Problematické denního stacionáře, jeho náplni a realizaci jednotlivých činností a možným úskalím, se však mnoho z autorů nevěnovalo. Proto bych ráda ve svém výzkumném šetření zachytila ty z oblastí, které klienti denního stacionáře vnímají jako problematické či negativní a čím konkrétně je jejich vnímání problematickosti ovlivněno.

3 Denní stacionář Brumov-Bylnice

Denní stacionář si klade za své poslání pomáhat smysluplně a aktivně pomáhat prožívat svůj život seniorům, osobám se zdravotním postižením či chronickým onemocněním v takovém prostředí, které se bude co nejvíce podobat rodině. Proto nabízí podporu a pomoc v sebeobsluze klientům, a zároveň navštěvováním Denního stacionáře nabízí rodinným příslušníkům klienta prostor a potřebný čas pro osobní záležitosti. Tuto kapitolu zpracuji dle Metodiky Denního stacionáře Brumov – Bylnice a její části Popis a realizace Denního stacionáře Brumov – Bylnice.

3.1 Cílová skupina

Své služby nabízí Denní stacionář Brumov – Bylnice zejména těmto cílovým skupinám: senioři, osoby s chronickým onemocněním, osoby se zdravotním postižením, s mentálním postižením a ve stavu po úrazu či mozkové mrtvici. Věkové rozmezí klientů se pohybuje v mezích mladí dospělí (19 – 26 let); dospělí (27 – 64 let); mladší senioři (65 – 80 let); starší senioři (nad 80 let).

Při práci s klienty zařízení se pracovníci drží principu práva svobody v rozhodování a respektování jeho volby výběru nabízených služeb, dále ke klientovi a jeho potřebám přistupují individuálně a usilují o partnerský přístup během vzájemné interakce, respektují důstojnost a jedinečnost každého klienta, podporují integraci uživatele služby do jeho přirozeného prostředí a místního společenství a také pracovníci během jednání s klienty opírají své chování o křesťanské zásady.

Ačkoliv je stacionář určen tak rozsáhlé cílové skupině a nabízený program má charakter spíše skupinových aktivit, kladou pracovníci důraz na individuální přístup ke každému jednotlivci. V interakci uživatele a pracovníka je pak kladen důraz na rovnocennost. Prostředí stacionáře nabízí svým uživatelům volný čas trávit smysluplně, navazovat nové kontakty, podporovat soběstačnost a pohyblivost každého jednotlivce. Zakládá si pak na rodinném charakteru v malém kolektivu podporujícím péči o sebe sama, a to nejen v uspokojení základních potřeb, ale také duševních a duchovních. Během činnosti také pracovníci usilují o aktivizování všech dostupných zdrojů pro fungování

v běžném životě. Přání uživatelů, jejich potřeby a zájmy se pracovníci snaží zjišťovat prostřednictvím rozhovoru, pozorování uživatelů při činnosti, v jeho přirozeném prostředí, z jeho zvyklostí, dále z poskytované zpětné vazby uživatele pracovníkům, rozhovorů s rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami.

3.2 Poskytované služby

Pro naplnění poslání a podporu sebeobsluhy nabízí denní stacionář uživatelům pomoc při péči o vlastní osobu – pomoc při oblékání, při využívání kompenzačních pomůcek, pomoc při orientaci a pohybu v prostoru, a také při podávání jídla a pití. Dále pracovníci v sociálních službách uživatelům napomáhají při úkonech osobní hygieny a zajištěním stravy. Rozvíjení a udržování osobních a sociálních dovedností podporující sociální začleňování umožňují nabízené sociálně terapeutické činnosti.

Aktivizační pracovník zabezpečuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, mezi něž patří pracovně výchovná činnost, podpora motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností; napomáhá také k vytváření podmínek k zajištění přiměřeného vzdělání či uplatnění na trhu práce. Stejně tak napomáhá vytvářet podmínky pro udržování kontaktu s rodinou a při sociálním začleňování uživatelů.

Sociální pracovník pak napomáhá při uplatňování práv, oprávněných zájmů a v poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé situace.

3.3 Denní režim

Klienti denního stacionáře přicházejí v rozmezí od 7.00 až 8.30 hodin. V případě potřeby jim pracovníci zajišťují dovoz. Po té, co se ve stacionáři sejdou, uvaří si čaj, někteří posnídají a tráví čas společným sdílením, konverzací. Následuje program připravený aktivizační pracovníci. Ta si předem připraví buďto úryvek z knížky nebo nějakou zajímavou anekdotu, vztahující se k tradicím, aktuálnímu dění a nejprve jej přečte a potom vzájemně vedou konverzaci, diskutují na dané téma. Po diskuzi aktivizační pracovnice nabídne činnosti, které si připravila a společně s klienty se věnují rukodělným pracím. Právě tyto činnosti by měly být zaměřeny na rozvoj schopností a podporu udržení míry stávajících dovedností. Pokud to činnost dovoluje, snaží se pracovnice zapojit klienty i slovně – např. vymýšlení slov na určité písmeno, luštění křížovek či jiných aktivit

zaměřených na rozvoj kognitivních schopností a podporu paměti. V závěru dopoledního bloku se přesunou do společenské místnosti, kde volí pracovnice relaxační a pohybové aktivity zaměřené na podporu, udržení a rozvoj pohybových schopností. Po této části následuje oběd a tzv. polední přestávka, ve které mají klienti možnost odpočívat v relaxační místnosti či využít nabídky některých z deskových her, knih, TV pořadu apod. Odpolední část pokračuje posezením u kávy a společným čtením, diskuzí, karetní hrou či jinou aktivitou dle nálady klientů a panující atmosféry. Od druhé do třetí hodiny jsou klienti rozváženi domů.

4 Výzkumná část

4.1 Cíle výzkumu

V teoretickém rámci jsem se snažila zachytit problematické oblasti spolupráce pracovníků se seniory. Avšak v literatuře byly popisovány jako problematické oblasti a jednotlivé aspekty v nich převážně v rezidenčních zařízeních. Proto jsem se rozhodla zkoumat oblast přijímání pomoci seniorů v denním stacionáři. Zajímá mě tedy, co vnímají uživatelé služeb stacionáře jako pomoc a které z oblastí pomoci budou vnímat jako problematické. Položila jsem si tedy otázku, *které z oblastí přijímané pomoci vnímají klienti Denního stacionáře Brumov – Bylnice jako problematické? Jaké aspekty způsobují to, že přijímaná pomoc je klienty vnímána jako problematická?*

4.2 Výzkumný vzorek

Pro výběr výzkumného vzorku respondentů jsem podle Miovského (2006, s. 136) volila variantu prostého záměrného výběru. Účastníci takového výběru splňují určitá kritéria. Jsou tak vybíráni bez uplatňování jakýchkoliv jiných metod a jsou tak vybíráni ti, kteří jsou pro výzkum vhodní a zároveň s ním souhlasí. Takový způsob je uplatňován zejména tehdy, jsou-li potřebné osoby dostupné a nejedná se o potřebu získat příliš velký výzkumný vzorek.

Respondenti účastníci se výzkumného šetření byli klienty Denního stacionáře Brumov – Bylnice, jak již vyplývá z názvu diplomové práce samotné. Protože v denním stacionáři se setkává více cílových skupin, zaměřila jsem se na ty z klientů, kteří spadají do seniorského věku. V celkovém počtu klientů (21) spadajících do skupiny seniorů stacionář navštěvuje 12 klientů. Z toho 2 klienti trpí pokročilou fází demence, takže s nimi nebylo možné rozhovor vést, protože jejich kognitivní schopnosti byly natolik omezeny, že si mnohdy neuvědomovali, kde se nachází. Tito klienti stacionář navštěvovali jen občas. Z celkového počtu seniorů byl tedy vzorek omezen na 10 respondentů, z nichž jedna uživatelka docházela do stacionáře též výjimečně a nebyla k zastižení. Ze zbývajících klientů jedna klientka odmítla rozhovor vést. Ve výsledku jsem tedy vedla rozhovor s 8 respondenty.

4.3 Metoda získávání dat

Pro získání potřebných dat jsem zvolila moderovaný rozhovor, který je dle Miovského (2006, s. 155 – 156) nejvhodnější metodou, jak získat kvalitativní data. Poukazuje také na to, že během interview jsou vzájemně provázány jak metoda pozorování, tak také získávání sociálních dovedností a citlivosti. Moderovaný rozhovor je tedy takovým rozhovorem, který je prováděn s určitým cílem a také daným účelem studie.

K sesbírání dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který se skládá z předběžně sestaveného schéma rozhovoru. Schéma v sobě zahrnovalo soubor otázek, kterými jsem se řídila během vedení rozhovoru s uživateli zařízení. Okruhy témat a otázky umožňuje tento typ v průběhu zaměřovat tak, aby bylo vytěženo maximum. Vytvořila jsem si tedy tzv. jádro interview obsahující minimum otázek a témat, kterého jsem se držela (Miovský, 2006, 159 - 160).

Mým ústředním tématem byly negativní stránky přijímání pomoci. Proto, abych k takovému zjištění v závěru své práce dospěla, zaměřila jsem se nejprve na to, co pro ně pomoc ve stacionáři znamená. Dále mě zajímalo, zda v označené oblasti považují něco za problematické či negativní a z jakého důvodu. Pracovníci stacionáře během vyjednávání cíle výzkumu se mnou uvedli, že klienti neposkytují negativní zpětnou vazbu na chod či náplň stacionáře. Což pro zařízení znamená obtíže při zlepšování toho, co klientům nabízí. Vedlo mě to tedy k zamyšlení nad formou vedení rozhovorů pro získání potřebných dat. Rozhodla jsem se je vést tak, aby klienti neměli obavy z kritiky zařízení a otevření témat o tom, co se jim jeví jako problematické. Pozoruhodným pro mě také bylo to, čím může být způsobeno, že klienti nevyjádří svůj nesouhlas a zda existuje něco, co by jim mohlo bránit ve vyjádření a v důsledku toho i přijímání pomoci tak, jak by si doopravdy představovali. Proto jsem každý z rozhovorů uvedla tím, že jsem respondentům objasnila, že cílem našeho rozhovoru není kritizovat pracovníky, činnost, kterou dělají, ale zkusit se na dané věci podívat tak, aby bylo možné do budoucnosti něco zlepšit, zdokonalit. Vyzdvihla jsem to, že pracovníci mají zájem na tom, aby zde byli klienti spokojeni a byli by rádi, pokud by mohli něco změnit k lepšímu. Proto bychom se měli podívat společně na jednotlivé oblasti pomoci a hledat to, co je možné v nich dovést ještě k lepšímu.

Pro to, abych naplnila cíl své práce, požádala jsem je, aby sami označili, co vnímají jako pomoc ve stacionáři, který navštěvují. Po té, co označili jednotlivé druhy pomoci, jsme se každému z nich podrobně věnovali.

Každému z respondentů jsem předložila následující soubor otázek:

V čem pro Vás spočívá pomoc ve stacionáři?

Brání Vám něco přijmout pomoc v této formě?

Dokážete si představit, že by někomu jinému mohlo bránit přijmout pomoc v této formě?

Co konkrétně by mu mohlo bránit přijmout pomoc?

Pomáhá Vám někdo konkrétní během času stráveného ve stacionáři?

Brání Vám něco přijmout od něj danou formu pomoci?

Dokážete si představit, že by přístup těchto lidí bránil přijmout pomoc někomu jinému?

Co konkrétně z jejich přístupu by mu bránilo?

Připravené otázky typu *Dokážete si představit, že by někomu jinému mohlo bránit přijmout pomoc v této formě?* nebo *Dokážete si představit, že by přístup těchto lidí bránil přijmout pomoc někomu jinému?* jsem do struktury rozhovoru zařadila záměrně pro to, že jak je výše uvedeno, klientům dělalo obtíže mluvit o tom, co vnímají negativní nebo jako slabé stránky stacionáře. Tím, že by se zamysleli nad někým jiným, komu by se mohlo jevit něco jako problematické, nepůsobí kritizujícím pohledem dané osoby. Zároveň však poukazuje na to, co se problematickým může jevit.

4.4 Proces získávání dat

Výše uvedený okruh otázek jsem kladla každému z respondentů, kterých bylo ve výsledné fázi v počtu 8. Proces získávání dat trval v průběhu 14 dní, kdy jsem docházela do stacionáře. Požádala jsem jednotlivé respondenty o rozhovor ve vedlejší místnosti, abychom nebyli rušeni ostatními a zároveň nenarušovali průběh denního programu. Vzhledem k tomu, že jednotliví klienti docházeli do stacionáře sice pravidelně,

za to z důvodu omezené kapacity či z osobních důvodů, ne každý klient se účastnil denního programu celých pět dní v týdnu, tudíž docházeli jen v určité dny.

Sociální pracovnice uvedla klienty denního stacionáře do obrazu tím, že jim vysvětlila záměr svých rozhovorů. Po té jsem samotné respondenty před jednotlivými rozhovory informovala o cíli rozhovoru, jeho využití pro studijní účely a slíbila zachování anonymity. Průměrná časová stopáž rozhovoru se pohybovala kolem 20 min.

4.5 Metoda zpracování dat

Sbíraná data jsem zaznamenávala prostřednictvím audiozáznamu, který zachovává autentičnost, je nestranný a dokáže zaznamenat vše tak, jak proběhlo ve skutečnosti. Tím je eliminováno riziko, že tazatel v danou chvíli nezaznamená vše potřebné a zároveň je zachována objektivita (Miovský, 2006, s. 197).

Před zahájením rozhovoru jsem každého z respondentů požádala o souhlas s pořízením záznamu a přislíbila, že rozhovory a ani jejich následnou transkripci nikde neuveřejním a použiji jen potřebná data související s naplněním cíle výzkumu.

4.6 Metoda analýzy dat

K vytěžení potřebných dat z audiozáznamů jsem převedla interview do textové podoby, jak uvádí Miovský (2006, s. 205 - 207). Ten také klade důraz na způsob provádění transkripce tak, aby byl veden systematicky a byl pro zachování validity kontrolován.

Pro analýzu získaných dat z transkripce jsem postupovala podle následujícího způsobu, který uvádí Miles&Huberman (1994, podle Miovský, 2006, s. 219 – 220) – v první fázi je třeba provést kódování, v rámci něhož výzkumník přiřazuje klíčová slova či symboly k částem textu, aby bylo snadnější následně pracovat s většími celky textu. Takové kódování by pak mělo být archivováno. V další fázi by mělo docházet k propojování jednotlivých částí v celky větší, vytváření a identifikování kategorií. Následující fáze analýzy dat by měl výzkumník data rozšířit o komentáře a doplňky pro usnadnění a zpřesnění analýzy. Následně by měly být údaje interpretovány a ověřovány, zda jsou platné. V této fázi tedy výzkumník hledá oporu pro interpretační rámec, alternativy k tomuto rámci a jeho výhody či nevýhody. V další fázi je pak vytvářen

interpretační rámec, v němž jsou nálezy popisovány a vysvětlovány. V poslední fázi lze výsledky graficky znázornit.

Vzhledem k výše popsanému všeobecnému postupu analýzy dat jsem se rozhodla aplikovat jeden z dílčích postupů, a to metodu vytváření trsů, jak popisuje Miovský (2006, s. 221). Tato metoda slouží k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin, jinak tedy trsů. Jednotlivý trs by měl být založen na vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Takto pak vznikají obecnější kategorie, jež spojují opakující se znaky, charakteristické uspořádání apod. V praxi takový postup znamená hledání takových pasáží ve výrocích respondentů, které jsou úzce propojeny s tématem.

Pomocí této metody jsem tedy v transkripcích jednotlivých rozhovorů nejprve označila výroky respondenta vztahující se k otázce a po té jsem seskupila výroky všech respondentů, které byly stejné či nesly stejný význam. Takto jsem postupovala u každé z předem daných otázek.

4.7 Výsledky analýzy

Nejrychlejší a nejčastěji volenou odpovědí na to, co klienti vnímají jako pomoc ve stacionáři, bylo pro společné označení všech modifikací významu pojmu jednoznačně *setkávání, kolektiv* a vzápětí dodávaná *nabízená činnost*. Až po té uživatelé označovali pomoc při sebeobsluze, výdeje stravy a odvozu, kterou jsem označila jako *soběstačnost*. Poslední oblastí vnímanou formou pomoci byly *volnočasové aktivity, kulturní akce*.

Jak jsem uvedla i výše, podle obecného postupu kódování z rozhovorů vylhly kategorie, tedy oblastí přijímané pomoci, které tak sami klienti označili. K označeným oblastem pomoci jsem přiřazovala pojmy vztahující se k této oblasti. Zároveň jsem k daným oblastem přiřazovala ty z aspektů přijímání pomoci, které sami klienti vnímali jako negativní.

Z uvedených oblastí, které klienti označili jako pomoc, vylhly následující aspekty, které brání přijetí pomoci. Ze strany přístupu pracovníků bránil přijímání pomoci dojem autority z pozice sociální pracovnice a pocit zaneprázdněnosti, kterou by v případě potřeby pomoci neoslovili mezi prvními, nevyhodnocování individuálních plánů a pocit nadměrné péče a starostlivosti. Převažujícími překážkami však byly ze strany osobních dispozic jako nedostatek důvěry ve vlastní schopnosti a z toho plynoucí obava navrhnout

činnost, kterou by rádi dělali, smířenost s nabídkou programu a čímkoliv, co se nabízí, protože jsou vděční za jakékoliv zpestření denní reality, dále bariéru tvořila nedostatečná forma komunikace lidí s postižením a zároveň neosvojená forma alternativní komunikace ze strany klientů, zdravotní omezení, které nedovoluje vykonávat činnosti tak, jak by chtěli a u jednoho z respondentů nedostatek financí, které byly důvodem omezení časté docházky do stacionáře. Otupělost způsobená medikací byla také jistým omezením, které bránilo budování vztahů, v komunikaci s ostatními, výkonu činnosti i samotné návštěvě stacionáře, což každý z respondentů uvedl jako druh pomoci. Posledním uváděným aspektem bránícím v budování vztahů a přijímání pomoci ze strany druhých byla klientka se svými specifickými denními návyky a osobnostními vlastnostmi, kterým byl nucen kolektiv se přizpůsobovat.

V jednotlivých oblastech přijímané pomoci vyvstaly následující negativní aspekty, které heslovitě uvádím v tabulce č. 1 Výsledky analýzy. Ve své diplomové práci se zabývám negativními stránkami přijímání pomoci. U jednotlivých aspektů, které respondenti uváděli, lze pozorovat, že vycházejí buď to ze strany zařízení, nebo osobnostních dispozic klientů. V případě medikace a vlivu na rozpoložení klienta nebo nedostatek financí pro pravidelnou návštěvu stacionáře neovlivňují ani přístup ze strany zařízení, ani osobnostní dispozice, proto jsem sloupec označila jako *Jiné*. Každou oblast i jednotlivé aspekty pak rozvedu níže v podkapitolách.

	Zařízení	Osobnostní dispozice klientů	Jiné
Setkávání	autorita a zaneprázdněnost sociální pracovnice	zdravotní omezení otupělost	medikace nedostatek financí
Kolektiv		bariéry v komunikaci denní návyky jedné z uživatelů	
Nabízená činnost	nevyhodnocování individuálních plánů, nevedení individuálního plánování	nedůvěra ve vlastní úsudek, smířenost, zdravotní omezení	medikace
Soběstačnost			
Volnočasové aktivity, kulturní akce	nadměrná starostlivost		

Tab. 1 Výsledky analýzy

4.7.1 Setkávání

V oblasti samotného *setkávání*, jsem se zajímala, co pro ně takové setkávání znamená, jak vypadá jejich setkávání se s ostatními. Po té mě zajímalo, zda je něco, co by jim mohlo bránit k samotnému setkávání se. Vzhledem k tomu, že respondenti zmiňovali také pracovníky, zavedli jsme rozhovor i na jejich přístup ke klientům, způsob komunikace.

V oblasti vnímané pomoci pro klienty stacionáře, tedy samotné setkávání se s ostatními, jednoznačně převládala všeobecná spokojenost. Přístup pracovníků by se dal charakterizovat pojmy jako přijetí, bezpečí, otevřenost.

Zdá se, že problematickou oblastí by se dal označit vztah klientů k sociální pracovníci, která je zároveň vedoucí střediska. Některým klientům se jevila jako zaneprázdňená či budila respekt, a proto ji nechtěli obtěžovat svými problémy. V důsledku toho by proto volili jako důvěrnou osobu právě pracovnice v sociálních službách nebo aktivizační pracovníci, které jsou jim blíže a jsou pro ně těmi, se kterými se setkávají denně. Toto lze označit jako aspekt, který by mohl bránit pro přijímání pomoci.

Zábranou při přijetí formy pomoci v podobě setkávání bylo pro mnohé zdravotní omezení a s ním spojená medikace způsobující otupělost, nedostatek financí pro pravidelné docházení do stacionáře.

Konkrétně respondenti při dotazu, co pro ně znamená pomoc ve stacionáři, uváděli: „*no mně hlavně ta společnost, ta mi doma chyběla*“, nebo „*tak že su mezi kolektivem, bavíme sa...*“, jindy „*že sem chodím, potkáváme sa tady...*“. Neodmyslitelně k tomu uváděli respondenti také vzájemnou komunikaci mezi sebou, což vyjadřovali „*vidíme sa, povykládáme si spolu...*“, „*pobavíme sa medzi sebou, aj zavzpomínáme*“. V podobných variantách se vyjadřovali i ostatní respondenti.

Vzhledem k tomu, že poskytovaná služba je denním stacionářem a nikoliv rezidenčním zařízením, lze tedy vyhodnotit, že jednoznačně největší pomocí pro uživatele je samotné setkání. Dále mě zajímalo, zda existuje něco, co by jim mohlo bránit k tomu, aby pomoc v takové formě přijímali. Jeden z respondentů uvedl, že je to jeho finanční situace: „*Já tam chodím často, aj bych chodíval častěj, jenomže bývam sám a finančně by mně to nevychodilo, abych tam mohl chodit. Zkraju sem tam chodil aj dvakrát za týden, ale včil tak jedenkrát až dvakrát měsíčně.*“. Jiní respondenti uváděli, že pro to, aby mohli

docházet častěji do stacionáře, jim brání jejich zdravotní omezení či léky způsobující otupělost a zároveň se tak nemohou spolupodílet na setkávání se s ostatními a být aktivními účastníky rozhovoru. Zajímalo mě tedy, zda by mohlo být v tomto směru překážkou pro setkávání se s ostatními ještě něco jiného, například ze strany pracovníků nebo klientů, kteří tvoří celek. Proto jsem se ptala respondentů, jak vnímají přístup ze strany pracovníků. Nejčastěji uváděli, že se při setkávání všeobecně cítí bezpečně, příjemně, cítí přijetí, jak by se dalo shrnout jednotlivé výroky respondentů. Konkrétně uváděli: „*Pracovnice se opravdu věnují nám, tady těm lidem...*“ nebo „*Musím říct, že bych se nebála se s nima o něčem mluvit...*“.

V rámci zaměření se přístupem pracovníků ke klientům jsem se nejprve ptala, zda jim vyhovuje i způsob komunikace s jednotlivými klienty a např. i oslovování... Opět žádný z nich nevedl nic, co by se dalo považovat jako problematické nebo dehonestující klienty samotné. Proto jsem se zaměřila na to, jak by mohl vnímat přístup pracovníků ke klientům někdo jiný, než tázaný respondent a zda by mohlo být někomu jinému nepříjemné něco z jejich chování při běžném setkávání. Ve všech případech jsem se setkala s negativní odezvou. Požádala jsem tedy, aby si zkusily vybavit některou z jejich problémových situací, kterou zde řešili nebo která by případně mohla nastat a aby uvedli, koho by požádali o pomoc. V drtivé většině uvedli aktivizační pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách. Když jsem se jich tedy zeptala, z jakého důvodu by nešli za sociální pracovníci, odpověď jednoho respondenta zněla: „*A ona mně jako může takto pomoci? To sem nevěděl... Aj třeba s financama?*“ Jiný respondent zase uvedl: „*Uznal jsem, že Irenka (pozn. sociální pracovnice) je jako vedúcí a nemá to nějak se mnou řešit...*“, jindy zase: „*Šla bych za nima (pozn. pracovnice v sociálních službách), protože je jako znám víc osobně a sů s nama jako víc takto...*“. Z postojů respondentů a jejich vyjadřování bylo zřejmé, že své problémové situace řeší s pracovníky zřídka a v případě, že by problémová situace nastala, nejprve by ji řešili s pracovníky v sociálních službách nebo aktivizační pracovníci. Se sociální pracovníci, která je zároveň vedoucí služby, se nesetkávají tak často, a zároveň vzbuzuje více respektu.

Vzhledem k tomu, že klienti neuváděli ve velké míře podněty pro možná zlepšení v oblasti přístupu pracovníku při setkávání, které vnímali jako pomoc, ptala jsem se jich, zda si myslí, že by přístup pracovníků v daných situacích či oblastech mohl někdo jiný vnímat negativně. Nebo případně pokud by přišel někdo nový, zda by bylo pro něj obtížné si na něco zvyknout. Žádný z respondentů však nevedl nic, co lze vnímat jako

problematické. Snad jen jedna z respondentek uvedla, že „*Člověk je ze začátku takový nespůj... A potom sa zajede do toho kolektivu, tak dobré.*“. Takové pocity však lze vnímat jako přirozené pro nové prostředí. Na otázku, co nejvíce pomůže takovému člověku se právě takových pocitů zbavit, uvedla respondentka, že právě pracovníci a jejich přístup.

4.7.2 Kolektiv

Se samotným setkáváním spojovali také vztahy v kolektivu. Proto jsem zvolila jako další kategorii *kolektiv*. V této oblasti uváděli zejména složení skupiny, kterou tvořili jak senioři, tak také lidé s postižením. Právě budování vztahů s některými z uživatelů označili jako problematické. Společně jsme se věnovali tedy tomu, co vnímají negativně.

V rámci skupiny měli někteří klienti konkrétně problém komunikovat s klienty s postižením. Bylo pro ně těžké dorozumívat se, protože neznali žádnou z alternativních forem komunikace a ani pracovníci sami žádnou nevyužívali. Důsledkem toho měli respondenti negativní pocity z toho, že nemohou s nimi budovat kvalitnější vztahy. Nedostatečná komunikace způsobuje bariéru, která neumožňuje prohlubovat vztahy a stává se tak překážkou při přijímání pomoci od ostatních.

Jako další bod možných překážek pro přijímání pomoci v kolektivu se ostatním jeví jistá klientka, která má své výraznější povahové vlastnosti a kolektiv se jejímu chování a projevům přizpůsobuje více, než v případě jiných klientů tvořící kolektiv.

Setkávání se však pro respondenty neznamenal pouze denní interakci s pracovníky a ostatními všeobecně, ale budování a prohlubování vztahů v kolektivu. Zajímalo mě tedy, zda vnímají pomoc také od klientů ostatních. Uváděli, že sdílení se v kolektivu je pro ně významnou součástí programu stacionáře. Nejčastějším důvodem, proč vyhledávají společnost právě ve stacionáři, uváděli: „*Necítím sa tak samotná...*“ nebo „*...lidé sa nemosija bát osamocení tady...*“, „*Protože sama doma, nikdo doma...*“. Společnost a kolektiv stacionáře je tedy pro ně významným činitelem udržení kontaktu s okolím a vzájemných vztahů.

Zajímalo mě tedy, zda je něco, co by mohlo bránit přijetí pomoci v této formě, tedy ve fungování kolektivu samotného. Z rozhovorů vyplynulo více pojmů ovlivňující spolubytí. Část respondentů poukázalo na vliv rozmanité cílové skupiny, část zase ovlivnila některá jiná osoba a její chování. Nejprve jsem se zaměřila tedy na to, jak vnímají

složení skupiny stacionáře. Jeden z respondentů uvedl: „... *mosím řeknúť nemocné – nerada to říkám, je to tak, co sa dá dělat, když ta nemoc přijde. A je tady hodně takových případů... Nekdy je to těžké sa s nima domluvit...nebo třeba aj pochopit, co po nás chce...těžko s takovým člověkem jaksi sa bavit normálně...*“, jiný z respondentů uvedl: „*nebo třeba ta paní A., ona tak špatně mluví a já to nemám rád...*“ naproti tomu jiný z respondentů zhodnotil kolektiv: „*V životě jsem se nepotkal s lidmi, se kterými se tady setkáváme. Počítám, že i ti lidi, kteří mají ty potíže, že něco získávají od nás, kteří jsme trošičku aktivní, víte?*“.

Vzájemnému budování vztahů tedy ze strany klientů v případě smíšené cílové skupiny může bránit v některých případech nedostatečná komunikace nebo neosvojená schopnost vést komunikaci jinak. V takovém případě jistý vliv na kolektiv omezení ve verbální komunikaci má. Zdá se však, že takových klientů ve stacionáři není mnoho a ani je respondenti neuváděli. Opakem je však na příklad výpověď jiného respondenta, který spolubytí seniorů a lidí s postižením, vnímá pozitivně a označuje to také jako způsob, jak si být vzájemně obohacím.

Jeden respondent poukázal na to, že velkou pomocí jsou mu právě pracovnice, které vnímá jako prostředníky v komunikaci. „*Mně jako osobně pomáhají v té komunikaci s ostatními. Třeba po obědě nebo aj když něco děláme, tak se s námi baví o něčem. Tak sa zapojím aj já...*“. Lze tedy pozorovat, že na setkávání a vytváření atmosféry se podílí i pracovnice, které nejspíš dávají podněty k rozhovoru a pomáhají navodit příjemnou atmosféru.

V kolektivu samotném, budeme-li brát v úvahu cílové skupiny jako celek, vyvstávaly také tendence poukazovat na jednu konkrétní klientku, která podle slov jednoho respondenta, je „*že ona je taková...inší, no...*“. Jiný respondent zase uvedl: „...*Tož co Vám budu...Je nás tu hodně jako takto v kolektivu, ale je tady jedna... Na ňu sa mosí opatrně, ona má ráda všecko podle sebe... Na ňu třeba nesmíte promluvit, když jí... ale jak to má člověk vědět, že? Třeba aj hlavně ze začátku...*“. Jako problematické zde tedy lze vnímat povahová odlišnost každého jednotlivce, která je přirozená. Zároveň však záleží také na tom, jak se kolektiv postaví k povahovým odlišnostem a zda je bude přijímat a v jaké míře. Když jsme tedy s respondenty zavedli rozhovor na téma, zda v tomto případě zasahují pracovníci nebo nikoliv a jaký postoj zaujímají, uvedli, že samy pracovnice se snaží paní přijímat a i oni sami. Naučili se její specifické požadavky a snaží

se je respektovat a dodržovat. Pracovníci jim prý pomáhají v tom, že v kolektivu se snaží udržovat pohodu a s paní se nějak rozumně domluvit.

Jeden z respondentů během rozhovoru také uvedl, že kvůli tomu, že si na sebe nemohli s danou klientkou zvyknout, chtěl ze stacionáře odejít. Protože se však konkrétní vztah právě tohoto respondenta dotýkal přijetí pomoci ve smyslu zrušení docházky do stacionáře a tedy i setkávání, jak on sám uvedl jako pomoc, zajímala jsem se, jak konkrétní situaci řešili pracovníci. Pracovníci a jejich přístup měl v takovém případě vliv na působení kolektivu a v důsledku na tom, zda pomoc v této formě bude dále přijímána, nebo ne. Respondent uvedl, že *„první sem sa sebral a chtěl jsem jít dom a že už tady jako nebudu... Šak to sa nedalo vydržat. Promluvil jsem na ňu třebas při jídle a ona mně začala nadávat. Já su takový... já sa rád bavím...“*, zeptala jsem se jej tedy, jak postupovaly pracovnice. Uvedl, že si s ním o celé situaci promluvily a snažily se mu vysvětlit, aby dle jeho slov, to bral „sportovně“ – *„Tož probrali jsme to a všeci, abych to bral sportovně, že ony to už také znajú...“*. Pracovnice s ním tedy situaci probraly, snažily se jej uklidnit. Když jsem se ptala, jestli s ním na začátku někdo o specifickém přístupu ke klientce mluvil, uvedl že „ne“. Zda byl s přístupem pracovnic spokojený a vyhovoval mu, uvedl pouze, že se to musel naučit brát sportovně a neřešit tu paní. Na dotaz, jestli danou situaci řešily pracovnice i s paní, odpověděl respondent, že o tom neví, ale spíš ne.

4.7.3 Denní činnost

Nabízenou *činnost* uváděli jako další formu pomoci. Zajímalo mě tedy, jak si činnost volí, co spadá do oblasti činnost, zda činnost zohledňuje jejich omezení, zda potřebují výpomoc, kdo jim pomáhá a zda jsou spokojeni s přístupem pomáhajících.

Problematickým v této kategorii vnímali respondenti své zdravotní omezení pro výkon různých činností. Pro to, aby sami navrhovali činnosti, které by uvítali během programu, se necítili dost kompetentní. Nedůvěřovali svému úsudku v tom směru, že pracovnice dokáží lépe odhadnout, na kolik jim schopnosti dovolí danou činnost vykonávat. Netroufají si tedy sami navrhnout nějakou činnost. Spokojenost ale také u mnohých souvisela s tím, že byli smířeni s činnostmi, protože jak uváděli, v jejich věku člověk přistoupí ke všemu, co se mu nabízí. Ti z klientů, kteří do stacionáře docházeli kratší dobu, uvedli, že s nimi pracovnice nevedly rozhovor k individuálnímu plánování. Což brání v individuálním přístupu ke klientům a tedy i poskytování pomoci.

Další vnímanou pomocí je pro klienty denní činnost, tedy aktivity, které jsou součástí programu. Zajímalo mě tedy, jestli v této oblasti pomoci vnímají něco problematického. Z počátku každý z nich uvedl nadměru spokojenosti s tím, co tvoří za výrobky. Proto jsem je požádala, aby mi objasnili, jak probíhá jejich volba z nabídky činností. Uvedli, že aktivizační pracovníce přijde s návrhem toho, co si připravila a oni s tím souhlasí. Mnozí z nich také dodávali, že kdyby nechtěli něco dělat, nebojí se říct si o jinou činnost. *„Tak kdyby sa o něco povědělo, tak dajú... Ale jak nepovím, tak mosija vymyslet ony samy.“* Položila jsem tedy otázku trochu jinak a ptala jsem se dál, zda by uvítali, aby si mohli navrhnout sami, co by chtěli dělat. V několika případech uvedli respondenti odpovědi typu: *„No tož co chci dělat... Já si neumím poručit nebo prostě nevím, co mají v plánu. Nebo také nevím, co bych zvládla nebo ne... Ale ony mi když tak pomůžou.“* nebo například: *„Já přistúpim ke všetkém, co mně ide. Neodmítám. To, co sa mně nabídne, to беру.“* a jiný respondent uvedl: *„Víte, člověk dosáhne určitého věku, tak se Vám líbí všechno, co se Vám nabízí...“* Takové výroky mě vedly k tomu, zavést téma na individuální plánování a individuální pohovory s klienty o tom, co mají rádi, jaké jsou oblíbené jejich činnosti. Část z nich uvedla, že si vybavují na začátku rozhovor buď s aktivizační pracovnící, nebo pracovníci v sociálních službách, zbytek však uvedl, že takový druh rozhovoru s nimi nikdo nevedl. Podle délky jejich pobytu ve stacionáři se jednalo spíše o klienty, kteří nastoupili později. Průběžně s nimi individuální plány pracovníce nevyhodnocovaly. Jedné respondentce jsem navrhla, že pokud bude souhlasit, předám zpětnou vazbu pracovnícím o tom, že by takový rozhovor mohly udělat. Reagovala slovy: *„To určitě, to určitě... dodá to člověku takovů jistotu, takový klid...“*

Co nejčastěji klienti zmiňovali v rozhovorech, bylo jejich omezení bránící výkon činnosti. Ať už popisovali omezení jako následek nemoci nebo vliv medikamentů zmírňující bolest. Uváděli, že v takových případech mnohdy návštěvu stacionáře vynechají nebo nejsou schopni vykonávat činnost v takové míře, v jaké by chtěli. Zdravotní omezení jim pak nedovoluje dělat každou z nabízených činností a potřebují pomoc buď pracovníků, nebo ostatních uživatelů stacionáře. Ptala jsem se jich tedy, zda v takovém případě, kdy jim omezení nedovoluje vykonávat činnost, nebojí se vyjádřit či je jim nabídnuta činnost jiná, zohledňující jejich omezení. Klienti uváděli: *„A když nevím, jak na to, tak řeknú nebo něco dělám, tak sa zeptám a ony mně poradíja, pomozú, když to třeba úplně nezvládám...“* nebo *„Tak já mám tu ruku...omezení na tu levačku, takže když nemožu, snažíja sa mně pomoct...“* jindy zase: *„Já kdybych to nemohla, tak to řeknu. Nemám*

problém se s nima domluvit.“. Dále zmiňovali to, že aktivizační pracovníce se snaží přizpůsobit danou činnost jejich omezení a zohlednit jej. Buď jim tedy vypomůže, nebo činnost změní a své tvrzení podporovali ujišťováním: „...děvčata sů jako hodné, šikovné, ochotné. To člověk nemože mět obavu něco říct...“ nebo „Nemožu říct, že by měly problém s tím, jako že to nemožu dělat, tak vymyslíja něco jiného... To zas jako sů ochotné, to jo...“

4.7.4 Soběstačnost

Pomoc v oblasti *soběstačnosti* byla pro respondenty důležitá, avšak neuváděli ji hned na prvním místě. Vzhledem ke zdravotním omezením mě zajímalo, v čem konkrétně potřebují pomoci a jak vnímají přístup pracovníků při takových úkonech.

Z rozhovorů nebylo zřejmé nic, co by se jevilo jako problematické z hlediska přístupu pracovníků, co by mohlo bránit klientům v požádání o pomoc či samotné přijetí takového druhu pomoci. Stejně tak jim nebránilo nic v přijetí pomoci v podobě dopravy, jak sami onu pomoc nazvali.

Dále pomoc klienti označovali jako pomoc v oblasti *soběstačnosti* od ostatních klientů. Označovali tedy ostatní také jako významné činitele poskytování pomoci. Vnímali takto nabízenou pomoc od ostatních jako příjemnou a oceňovali ji. Pro mnohé byl ochotný přístup ostatních překvapující a velmi si takové pomoci vážili. Nevnímali nic, co by mohlo být problematické v takových případech, spíše naopak. V rozhovoru se zmiňovali: „*Anebo mně také pomože třeba někdo, kdo sedí vedle mě... Já třebas špatně vidím nebo něco nemožu přečíst. Tož buď si ke mně sedne třeba Blanka (pozn. pracovník v sociálních službách), nebo mně poradí někdo, kdo sedí zrovna vedle.“*, jindy zase: „*...třeba při pohybu, když cvičíme, tak pomůže se stoličkou, nějaké to nářadí, prostě s něčím... Jsou takoví ochotní.“*

Pomocí během dne vnímali klienti pomoc při péči o sebe, tedy pomoc při sebeobsluze na toaletě, při podávání a porcování jídla, anebo při dopravě do stacionáře, která je zajištěna vyzvednutím klienta v domácnosti a dopravením autem. Zajímalo mě tedy, jak přistupují pracovníci ke klientům zvláště v takových situacích. Klienti během rozhovorů otevřeně mluvili o tom, že pomoci si velmi váží a oceňují trpělivost pracovníků a diskrétnost při poskytování takové péče. „*Víte, moc si toho cením. Ztratil jsem ty služby postarat se o sebe, takže závisím na pomoci druhých a velmi si toho cením. Zvláště tady*

je to pro mě velká pomoc... A oceňuji, že mají s náma tady trpělivost v tomto...“ nebo *„Já jako mám omezení... Po té mrtvici jsem zůstala na vozíčku a tady si opravdu člověk nemože stěžovat na tu pomoc.“*

4.7.5 Volnočasové aktivity, kulturní akce

Jako poslední z forem pomoci vnímali *volnočasové aktivity*, do kterých zahrnovali jak kulturní akce pořádané stacionářem, tak také nabízené možnosti, jak vyplnit čas, kde nebyl nabízený program ze strany stacionáře. Zajímalo mě tedy, v čem jim právě tyto činnosti pomáhají a co by jim mohlo být překážkou pro přijímání i takového druhu pomoci.

Z nabídky volnočasových aktivit či délky času pro jejich využívání se respondentům nejevilo problematické nic. Avšak při doprovodu na kulturní akci jeden z respondentů uvedl, že byla pro něj svazující nadměrná starostlivost pracovníc.

Pomocí pro mnohé znamenaly také volnočasové aktivity, pro které se jim nabízel prostor v čase určeném k odpočinku. Nejčastěji uváděli karetní hru UNO, kostky, Double, možnost četby knih a časopisů. Jeden z respondentů uvedl: *„Su omezený jenom na levačku, takže mě tady moc nezaměstnávají... ale stále se věnuji té myšlenkové sféře... No a rád hraji karty, šachy a takové ty duševní zábavy...“* jiná respondentka uvedla: *„Člověka ta nemoc omezí, ale tady mám možnost aspoň číst, ať si psat, to dělám ráda.“* nebo *„Žiju sám už, a pro mňa je velká pomoc, když bych to tak řekl, že si tam povykládám, zazpívám, ...“*. Klienti tedy vnímají pomoc ve stacionáři nejen jako setkávání, nabízené činnosti, pomoc při sebeobsluze, poskytování obědů či rozvozu, ale také v tom, že nabídka zahrnuje ty z volnočasových aktivit, které zaměstnávají mysl a kognitivní schopnosti.

Několik z respondentů také uvedlo, že významnou roli hrají také akce pořádané stacionářem. Ta se většinou váží k ročnímu období a s ním spojenými místními tradicemi, a mimo jiné také poznávací zájezdy nebo poutě. Jeden respondent konkrétně uvedl výlety na zajímavá či poutní místa. Uvedl také, že má někdy pocit, jako by pracovníce pomáhaly až moc: *„Ony tam nekdy až moc pomáhajú... Když třeba jedeme na ten zájezd, tož mňa nechcú tak pustit... Nevím, možná skrz ty roky, pretože dobre nevidím, neslyším... No tak mosím poslechnút, to je jasné, abych neutěkal.“*. Ačkoliv by možná ocenil více volnosti, uvědomuje si, že pracovníce za něj nesou zodpovědnost: *„Když už tam člověk dojde,*

tak oni asi odpovídají za nás, abys sa nám něco nestalo...“. Lze to však vnímat jako subjektivní pocit, který by se mohl jevit jako problematický.

4.8 Diskuze

Zajímavou skutečností bylo, že respondenti sami vnímali pomoc na prvním místě setkávání a po té činnost. Vzhledem k věku a omezeným schopnostem zejména v oblasti soběstačnosti, by se dalo očekávat, že právě nejvíce pomoci budou vyžadovat v této oblasti. Pro samotné setkávání jako formu pomoci a tedy i vzájemnou interakci s pracovníky nevyvstaly žádné závažné překážky, které by se daly vnímat jako problematické. Přístup pracovníků popisovali jako vstřícný, ochotný a celkově prostředí jako rodinné. Nad čím by se dalo zamyslet, byl impuls jednoho z respondentů, kterému se péče a starostlivost zdála někdy až přehnaná a to zejména na výletech. Je otázkou, do jaké míry je nutné chápat tuto skutečnost jako zodpovědnost za klienta na dané akci a do jaké míry je takto vnímané omezení pouze subjektivní. Sám klient totiž uvedl, že i on má zdravotní omezení ve formě zhoršeného sluchu a poškození sítnic. Takové vnímání omezení klientovy autonomie potvrzuje to, o čem se zmiňují Kalvach a Hrabětová (2005, s. 4 – 5). Ti poukazují na to, že pro spokojenost ve stáří je důležité naplnit potřeby zabezpečení, tedy mít uzpůsobené vzhledem k věku a situaci přiměřené životní podmínky a prostředky k nim; zachovat si autonomii a kontrolu nad děním kolem; seberealizovat se a participovat na životě společnosti, rodiny či jiného společenství a zachování si důstojnosti a identity. Možná by však bylo vhodné o takovém pocitu s pracovníky promluvit a vyjasnit si hranice starostlivosti, aby subjektivní pocit omezení nevnímal klient negativně.

Podobně také uvádělo více respondentů, že překážkou pro přijímání pomoci formou navštěvování stacionáře či vykonávání činnosti, jim jsou zdravotní problémy a bolest s nimi spojená, kterou tlumí léky. Macduff (2000, podle Holzhausen, Bornschlegel, Fischer, 2009, s. 355 - 356) uvádí, že takové projevy pak ovlivňují kvalitu života seniora. A ačkoliv příčiny a spouštěče bolestí mohou být podobné, vnímání bolesti se liší. Vyhodnocování vlivu bolesti na kvalitu života pak závisí na situačních podmínkách a také na funkčně fyziologických podmínkách, které mohou způsobit odlišné reakce. Bolest v sobě nese sensoricko-diskriminační složku (tj. tam, kde se bolest nachází a co omezuje), motivačně-afektovanou spojenou s emocemi a kognitivně-hodnotící rozměr,

který se projeví ve vědomém zhodnocení. Domnívám se tedy, že ačkoliv lze vnímat zdravotní omezení a bolest jako zátěž při přijímání pomoci, měla by být i tato skutečnost zvažována při volbě činnosti a denní náplně a lze ji považovat jako problematickou.

Z provedené analýzy dat dále vyvstalo několik otázek hodných úvahy. Vezmeme-li v úvahu, že cílová skupina denního stacionáře je velmi rozmanitá. Jsou v ní zastoupeni jak senioři, tak lidé s postižením, a to ve v rozsahu od dospělosti po důchodový věk. Je otázkou, nakolik může být vnímána pozitivně či naopak negativně. Z rozhovorů, jak je uvedeno výše, mnozí z uživatelů nevnímají mezi sebou rozdíly a nevdají jim rozmanitost této skupiny. Našli se však takoví, kteří odlišnost vnímali jinak. Bylo pro ně mnohdy těžké se smířit s tím, že někdo může mít takovou míru postižení a bylo obtížné přizpůsobovat komunikaci zvláště s uživateli s postižením. Je tedy otázkou, nakolik je výhodná smíšená skupina. Jedním úhlem pohledu je dívat se na vzájemnou interakci optikou výhod při podpoře spolupráce a učení se vzájemné toleranci a vypomáhání si navzájem. Na stranu druhou lze debatovat o tom, na kolik je možné podporovat soběstačnost člověka s omezením v menší či naopak větší míře a zda je mu poskytována pomoc ve formě nabízené činnosti v takové míře, která odpovídá jeho potřebám, požadavkům a schopnostem a není-li přijímána na úkor péče o jiné. S čím občas někteří z respondentů bojovali, byla obtížnější komunikace právě s lidmi s postižením. Ačkoliv bylo z rozhovorů jasné, že se o komunikaci a porozumění snaží, přesto by rádi tuto dovednost zlepšili. Dalo by se tedy uvažovat nad tím, že by společně s pracovníky uvažovali nad některou z alternativních forem komunikace. Tak by bylo možné snížit míru vnímání problematičnosti ze strany uživatelů a zároveň, jak kladou důraz na principy poskytované péče Kalvach a Onderková (2006, s. 12 - 13), posílit míru zapojení se do života komunity a sdílení problémů a také zachovat důstojnost jak lidí s postižením, tak také seniorů samotných.

Stejně tak by se dalo pozastavit nad tím, že čím větší omezení s sebou nese samotné postižení, tím je vyžadována větší míra péče. Mohlo by se pak tedy ostatním uživatelům jevit, že jiným je věnována pozornost a péče ve větší míře než právě jim. V takových případech by bylo možné vnímat rozmanitou cílovou skupinu jako problematické místo při přijímání pomoci z hlediska přístupu pracovníků zaměřených na potřebnější klienty.

Zůstaneme-li u kolektivu, zmiňovali se někteří z respondentů o jedné z uživatelek služby, která se jim jeví svými požadavky a návyky jako dominantnější z ostatních klientů

tvořící kolektiv a musí se jí ve větší míře přizpůsobovat. Jeden z respondentů také uvedl, že nejtěžší bylo pro něj si zvyknout na její požadavky již na začátku. Vede mě to tedy k zamyšlení, zda by tomu mohlo předejít, kdyby již předem byl informován o tom, co například paní nevyhovuje a co zásadně nemá respondent dělat. Na stranu druhou by takový přístup mohl snadno začít inklinovat ke škatulkování a vytvářet nepříznivou atmosféru již od nástupu každého nově příchozího a mohl by také bránit přirozenému vytváření vztahů. Zajímavé však bylo, že ačkoliv zmíněná uživatelka působí v kolektivu problematicky, snaží se ostatní k ní přistupovat s respektem a usilují o to, aby s ní vycházeli v dobrém. Takové klima stacionáře jen potvrzuje to, co ve své publikaci uvádí Haškovcová (1991, s. 15). Poukazuje na to, že s přibývajícím věkem se lidé učí více trpělivosti a vytrvalosti, jsou tolerantnější k druhým i opačným názorům a mnohdy se jejich postoje projevují větší mírou altruismu. Což jedině napomáhá zvláště v interpersonálních vztazích.

Respondenti také uváděli, že je pro ně významnou pomocí sama nabízená činnost. Když jsme pak rozvedli rozhovor na toto téma, byli spokojeni s nabízenými činnostmi, ale mnohdy uvedli, že by si sami netroufli navrhnout činnost, protože se obávají, že by ji nezvládli. Proto nechávají výběr činností na aktivizační pracovníci. Dále pak také projevily známky smířenosti s tím, že v určitém věku bere člověk vše, co se mu nabízí nebo že nejsou vybíraví. Právě takové projevy lze spojovat s poklesem míry samostatného rozhodování a v důsledku autonomie, jak popisuje Heckhausen (1993, podle Sýkorová, 2007, s. 83). Ten poukazuje na to, že mnohdy senior rezignuje na autonomii v situacích, kdy je pro něj rozhodování psychickou zátěží. V takových případech, kdy schopnost vyjádřit vlastní vůli není přítomna, může v důsledku poškozovat jak seniora samotného, tak také jeho okolí. Vede mě to k zamyšlení se nad otázkou, do jaké míry by mohlo být vyjádření vlastního přání v tomto případě stresující. Snad ne z pohledu negativního přístupu pracovníků ke klientům jako spíše z nedůvěry ve vlastní úsudek. Avšak i taková skutečnost je podnětem k zamyšlení se nad tím, jak by se dalo problematičnost v rozhodování odstranit. Možná by s tím také mohlo souviset tvrzení Trachtové (2001, s. 17), že důležitým faktorem při naplňování potřeb daného jedince je jeho osobnost a způsob vyjadřování i uspokojování potřeb. Neméně podstatným a určujícím faktorem je pak typologie jedince, emoční stabilita či labilita a odolnost proti zátěži. Vyjadřování a uspokojování potřeb se pak bude odvíjet také od okolností, za kterých dané omezení či nemoc vznikla.

Zdá se tedy, že pokud vnímají formu pomoci nabízenou činnost, brání jim v přijímání pomoci v takové podobě smířenost s vlastním omezením, obavy a nedůvěra ve vlastní úsudek či určitá pasivita. V případě, že by byla podporována více jejich kreativita či nabízený prostor více pro návrhy, bylo by možné s jejich obavami pracovat, více je zapojit do vytváření denního programu a posílit tak i soběstačnost. Je možné, že právě s touto oblastí souvisí také individuální plánování. Ačkoliv většina respondentů uvedla, že s nimi byl na začátku veden rozhovor o tom, jaké jsou jejich záliby, co by rádi tvořili, nebyly v průběhu navštěvování stacionáře tyto podněty reflektovány. Pokud by tedy pracovníci věnovali více času a prostoru vyhodnocování individuálních plánů, mohli by takové tendence klientů uvažovat o svých schopnostech a úsudku zaznamenat. Následně by společně mohli rozvíjet nabízenou činnost a podílet se na ní se stejným dílem. Ti z respondentů, kteří byli v zařízení kratší dobu, uvedli, že si nevybavují takový rozhovor, ve kterém by byla pozornost více zaměřena na jejich záliby. Jedna respondentka dokonce uvedla, že by byla klidnější, kdyby takový rozhovor proběhl. Ačkoliv jde namítnout, že v tak malém kolektivu lze vyzorovat a z každodenního rozhovoru zjistit, čím dříve klient žil, co dělal rád a podle toho nabízené aktivity upravovat. Přesto je, myslím, důležité, aby s klienty bylo průběžně vyhodnocováno, jak jsou spokojeni s výběrem činností a náplní programu denního stacionáře, a tím také podporovat jejich vyjadřování svých přání a návrhů. Neboť jak uvádí Bednář (2011, s. 32 - 33), samotný proces individuálního plánování je mnohem důležitější, než výstup v podobě individuálního plánu. Dále také uvádí, že samotné plánování je příležitostí, jak se vyhnout různým rizikům a připravit se na ně. Domnívám se tedy, že při věnování větší pozornosti individuálnímu plánování a jeho vyhodnocování by byla posilováno sebevědomí uživatelů služby, které je v důsledku poklesu funkčních a kognitivních schopností sníženo.

Zajímavé také bylo, že žádný z respondentů nezmínil přijímání pomoci ve formě podpory či doprovázení v těžkých situacích. Sami sice uváděli, že v případě potíží nebo těžké situace by se obrátili na pracovníce, avšak pod pojmem potíže si představili spíše potřebu na toaletu, pomoc při činnosti, zhoršený zdravotní stav. Ani při upřesnění těžké životní situace, rodinnými problémy či vážnějšími okolnostmi ovlivňujícími jejich život, by neřešili svou situaci s pracovníky nebo projevovali překvapení, že by například s tím za nimi mohli přijít. Zároveň však žádný z nich se nevyslovil tak, že by některý z pracovníků na ně působil natolik nepřístupně, že by se na něj neobrátil. Je tedy otázkou, zda taková situace nenastala a oni podporu a pomoc nepotřebovali. V takovém případě by

si pravděpodobně nedokázali představit, jak by vše probíhalo nebo ačkoliv cítí bezpečí a přijetí v prostředí stacionáře, udržují si vzájemný odstup a podporu hledají ve svém okolí.

Častým spojením setkávání se jako forma pomoci také byla ochrana před samotou. Tuto skutečnost také potvrzuje Sýkorová (1996, podle Jarošová, 2006, s. 31). Důležitým faktorem, dle jejího tvrzení, pro prevenci před izolací a osamělostí v období stáří jsou mezilidské vztahy a také rodina. Kvalitní vztahy napomáhají seniorovi adaptovat se na příchozí změny a vybudované sítě rodinných vztahů pak působí jako bariéra před osamělostí. Realizované vazby, mimo jiné s již dospělými dětmi a vnoučaty, slouží jako zdroj emocionálního uspokojení a spojujícím článkem s okolním světem ve své důležitosti jako nejdůležitější. Tavel (2009, s. 215 - 218) také ve vztahu k okolí a mezilidským vztahům poukazuje na teorii aktivity a její východisko, že štěstí a životní spokojenost v období stáří závisí také na tom, zda je senior schopen ovlivnit dění kolem sebe a zda může být pro své okolí užitečný. K tomu předpokládá tato teorie pocit potřebnosti.

Vzhledem k tomu, že toto spojení pomoc proti samotě se vyskytovalo v odpovědích často, vede mě to k zamyšlení, na kolik vnímají respondenti a tedy uživatelé služeb stacionáře pomoc v oblasti spirituality. Ačkoliv v nabídce bylo setkávání jednou měsíčně s knězem na různá témata, jinou podporu v této oblasti nezmiňovali a ani by více takových aktivit nevívali. Dalo by se tedy uvažovat nad tím, zda je pro ně dostatečně naplňující nabídka činností, která zaměstnává jejich mysl, naplňuje je pocitem sounáležitosti s ostatními ale také radostí s dobře vykonané práce jako duševní prožitek. Na stranu druhou je stacionář ambulantní službou a ve srovnání s rezidenčním zařízením se v něm neodehrává každodenní realita v celé své míře. Tudíž uspokojování spirituálních potřeb hledají uživatelé spíše ve svém okolí nebo využívají vlastní zdroje.

V rámci přijímání pomoci od jiných uživatelů služby, jedna z respondentek uvedla, že v kolektivu sice vnímá pomoc od druhých, např. při činnosti nebo rehabilitačním cvičení, avšak pomoc od jiných by ani nečekala, protože „... *to člověk ani neví, co ten druhý vedle řeší za problémy...*“, jak sama uvedla. Dalo by se tedy uvažovat nad tím, že prostředí je vnímáno jako rodinné, samo zařízení tak uvádí v metodice. Je však otázkou, na kolik a v jaké míře je možné toto uskutečnit. Pro přijetí podpory druhých či doprovázení by bylo asi vhodné, pokud by se klienti sdíleli mezi sebou. Zároveň však není možné po každém jednotlivci toto vyžadovat.

4.9 Limity

Limitem výzkumného šetření by se dala vnímat skutečnost, že jsem mnohé z respondentů znala z předchozí praxe. Mnohdy v průběhu rozhovoru se zmínili, že přece dobře vím, co ve stacionáři dělají. Ačkoliv jsem se snažila v maximální možné míře vést rozhovor tak, aby k těmto situacím nedocházelo a respondenti se o mnohých věcech nezmínili jen proto, že předpokládali, že to znám, nutno brát na vědomí, že by takové sdělení mohlo být přehlédnuto.

Další omezující skutečností byly některé z četných vyrušení pracovníků během rozhovoru či setrvání ve vedlejší místnosti, kde bylo možné zaslechnout probíhající rozhovor. Přestože jsem se snažila po vyrušení vrátit zpět na předchozí úroveň rozhovoru a případně znovu otázku položit, bylo zjevné, že na respondentovo rozpoložení takové vyrušení vliv mělo. Dále jsem zaznamenala jako rušivý element nervozitu z diktafonu, který mnohdy výřečné klienty vedl ke stručným odpovědím.

Závěr

V teoretické části diplomové práce jsem se snažila zaznamenat to, co je v literatuře uváděno jako možné problematické situace, které mohou nastat během spolupráce se seniory v denním stacionáři. Důležitým zjištěním však bylo, že ačkoliv se náplň denního stacionáře shoduje v mnohém s náplní v rezidenčních zařízeních, jsou převážně popisovány problematické situace právě v pobytových zařízeních. Toto zjištění mě utvrdilo v tom zkoumat přijímání pomoci v ambulantním zařízení.

V empirické části jsem se zaměřila na negativní stránky přijímání pomoci, konkrétně tedy problematické oblasti přijímání pomoci, které klienti Denního stacionáře Brumov - Bylnice vnímají. Z oblastí, které označili jako pomoc, vyvstaly problematické aspekty bránící přijetí pomoci. Podrobnému výkladu negativních aspektů v jednotlivých oblastech pomoci jsem se věnovala v analýze výsledků. Následně jsem nad získanými poznatky vedla diskuzi. Nejčastěji na prvním místě označili klienti jako pomoc setkávání, činnost a až po té pomoc v soběstačnosti, volnočasových aktivitách a kulturních akcí. Přestože uváděli nadměrnou spokojenosti s navštěvováním stacionáře, dokázali se oprostít obav z kritiky a poukázat na některé z aspektů, které se jim jeví jako problematické. Mezi tyto patřily dojem autority z pozice sociální pracovníce a její zaneprázdněnost, nedůvěra ve vlastní schopnosti a úsudek klientů, smířenost, nevyhodnocování individuálních plánů, zdravotní omezení, medikace a s ní spojená otupělost a omezení v činnosti, denní návyky jedné z uživatelů, která ovlivňovala spolubytí ostatních, neosvojená alternativní komunikace pro dorozumívání se s lidmi s postižením. Takové zjištění pak může být pro zařízení zpětnou vazbou a podnětem ke zkvalitnění poskytované pomoci.

Diplomová práce však může posloužit i jiným zařízením, které poskytují ambulantní služby seniorům. Práce sice mapuje oblast vnímané pomoci na malém vzorku respondentů, za to je z rozhovorů zřejmé, co sami uživatelé považují za největší pomoc a sami jsou schopni uvést úskalí poskytované oblasti. Důležitým poznatkem je, že denní stacionář vnímali jako pomoc proti samotě, nabízenou činnost jako obohacení všedního života a celkovou atmosféru setkávání jako rodinnou, čehož v rezidenčních zařízeních lze dosáhnout zřídka při takovém počtu klientů. Uvedené problematické aspekty přijímání pomoci pak poukazují na oblasti, ve kterých je možné měnit poskytované služby k lepšímu.

Seznam literatury

Baltes, P. B. (2009). Stáří a stárnutí jako oslava rovnováhy: mezi pokrokem a důstojností. In Gruss, P. *Perspektivy stárnutí: z pohledu psychologie celoživotního vývoje (11 – 26)*. Praha: Portál.

Bednář, M. (2011). *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Olomouc: CARITAS – Vyšší odborná škola sociální Olomouc.

Čevela, R.; Kalvach, Z.; Čeledová, L. (2012). *Sociální gerontologie*. Praha: Grada.

David, G. (2001). Aging, Religion, and Spirituality: Advancing Meaning in Later Life. *Socialthought, 1*, s. 129 - 140.

Denní stacionář Brumov- Bylnice (2014). *Metodika Denního stacionáře Brumov – Bylnice*.

Diaconescu, M. (2014). Dialogue and empathy in helping relationship. *STUDIA UBB. PHILOSOPHIA*, č. 59 (2014), No. 1, pp. 65-78.

Dočkal, J. (2008). *Člověk v současném světě*. Středokluky: Zdeněk Susa.

Doležel, J. (2009). *Principy charitní činnosti v současném světě*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Géringová, J. (2011). *Pomáhající profese – tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton.

Goniewicz, M.;Dzirba,A.;Goniewicz K. (2013). Activation of the elderly – an individual level activity sheet and nursing home resident mobilization strategy. *Polish Journal of Public Health, October 1*, s. 307 - 312.

Guggenbühl-Craig, A. (2010). *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.

Hacklová, R.; Kebza, V. (2014). Religiozita, spiritualita a zdraví. *Československá psychologie, roč. LVIII, č. 2*, s. 120 - 140.

Hammel, K. R. W. (2013). Client-centred practice in occupational therapy: Critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, č. 20*, s. 174–181.

- Haškovcová, H. (1991). Psychologie starého člověka. In Jedlička, V. a kol. *Sociální gerontologie (11 – 29)*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
- Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie aneb Seniori mezi námi*. Praha: Galén.
- Hawkins, P.; Shohet, R. (2004). *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Hájek, K. (2012). *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Henriksen, J. O.; Vetlesen, A. J. (2000). *Blízké a vzdálené*. Boskovice: Albert.
- Holzhausen, M.; Bornschlegel, U.; Fischer, T. (2009). Die Patienten perspektive in der Erfassung von Lebensqualität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, č. 5, s. 355 – 359.
- Janebová, R. (2006). Základy sociální práce s klientem. In eds., *Kurz sociálního poradce (2 – 20)*. Hradec Králové: PROTISK.
- Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta.
- Jedlička, V. (1991). Stárnutí a stáří. In Jedlička, V. a kol., *Sociální gerontologie (6-10)*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Jelínková, J. (2009). Vztah osoba-prostředí-zaměstnávání: ústřední triáda ergoterapie. In Jelínková, J.; Krivošíková, M.; Šajtarová, L. *Ergoterapie (38 – 46)*. Praha: Portál.
- Jurečková, P. (2003). Aktivizace seniorů. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 2, s. 140 - 152.
- Kalvach, Z.; Hrabětová, E. (2005). *Senior a já – já a senior*. Praha: Společnost přátelská všem generacím.
- Kalvach, Z.; Onderková, A. (2006). *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén.
- King Jr., S. H. (2011). The Structure of Empathy in Social Work Practice. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, č. 21, s. 679–695.

- Klevetová, D.; Dlabalová, I. (2008). Motivace – hybná páka. In Klevetová, D.; Dlabalová, I. *Motivační prvky při práci se seniory (35 – 37)*. Praha: Grada Publishing.
- Klevetová, D.(2008). Umění vytvářet osobní vztah pro sebemotivační snahy seniora. In Klevetová, D.; Dlabalová, I. *Motivační prvky při práci se seniory (43 - 46)*. Praha: Grada Publishing.
- Kopřiva, K. (1997). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- Kozáková, Z.; Müller, O. (2006). Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci: Pedagogická fakulta.
- Kramářová, N.; Tuček, J. (2005). *Gerontopsychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta.
- Krivošíková, M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- Matoušek, O. (2010). Klientův přirozený svět jako východisko sociální práce. In Matoušek, O.; Kolářková, J.; Kodmiová, P., *Sociální práce praxi (17 – 26)*. Praha: Portál.
- Matýsková, D. (2004). Nedobrovolná ztráta autonomie u seniorů. In Sýkorová, D.; Chytil, O. *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování (46 – 52)*. Boskovice: Albert.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Mlýnková, J. (2007). *Péče o staré občany*. Praha: GradaPublishing.
- Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Nakladatelství Academia.
- Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
- Opatrný, A; Motlová, L. (2008). Senioři. In Martinek, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky (93 – 101)*. JABOK – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická.
- Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada Publishing.
- Řezníček, I. (1994). *Metody sociální práce*. Praha: SLON.
- Schmidbauer, W. (2000). *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál.

- Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál.
- Sýkorová, D. (2007). *Autonomie ve stáří*. Praha: Slon.
- Štílec, M. (2003). *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. Praha: Karolinum.
- Švancara, J. (2004). Psychická involuce a psychologické aspekty adaptace ve stáří. In Kalvach, Z.; Zadák, Z.; Jiráček, R.; Zavázalová, H.; Sucharda, P. a kol. *Geriatric a gerontologie (103 – 114)*. Praha: Grada Publishing.
- Tavel, P. (2009). *Psychologické problémy v starobe I*. Pusté Úľany: Schola Philosophica.
- Trachtová, E. a kol. (2001). *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně.
- Uhlíř, P. (2008). *Pohybová cvičení seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Úlehla, I. (2007). *Umění pomáhat*. Praha: Slon.
- Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: GradaPublishing.
- Vojtíšek, Z.; Dušek, P.; Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Vojtíšek, Z. (2008). Duchovní poradenství v multikulturní společnosti. In Krahulcová, B. *Kontexty sociální a charitativní práce (141 - 154)*. Praha: L. Marek.
- Zášková, H. (2009). Teoretické aspekty altruismu. In Mlčák, Z.; Zášková, H. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie (13 – 48)*. Triton
- Zavázalová, H. a kol. (2001). *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum.