

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Charitativní a sociální práce

Jaroslava Šmičková

*Využití aktivizačních metod jako předcházení
syndromu maladaptace u seniorů
Bakalářská práce*

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.
2018

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

.....

Jaroslava Šmičková

Děkuji panu PhDr. Mgr. Liboru Novosádovi, Ph.D. za velmi užitečnou a vstřícnou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování méj bakalářské práce. Dále chci poděkovat své rodině a blízkým za projevenou podporu po dobu mého studia.

Obsah

Úvod	6
1. Stárnutí, stáří, senior	7
1.1 Stárnutí	7
1.2 Stáří.....	7
1.2.1 <i>Biologické stáří</i>	8
1.2.2 <i>Psychické stáří</i>	9
1.2.3 <i>Sociální stáří</i>	9
1.2.4 <i>Spirituální stáří</i>	10
1.3 Senior.....	12
2. Senior ve společnosti a péče o něho	12
2.1 Stručný vývoj vztahu společnosti k seniorům	12
2.2 Péče v historickém kontextu.....	14
2.3 Rodina.....	16
2.4 Sociální péče v současnosti	16
2.4.1 <i>Služby sociální péče</i>	17
3. Sociální práce v domově pro seniory	20
3.1 Specifika seniorů v rezidenční péči	21
3.2 Sociální pracovník v rezidenční péči.....	22
3.2.1 Jednání se zájemcem o sociální službu.....	22
3.3 Individuální plánování	23
3.3.1 Plánování zaměřené na člověka.....	24
4. Adaptace a syndrom maladaptace při přechodu do domova pro seniory	25
4.1 Adaptace	25
4.1.1 <i>Fáze adaptace</i>	26
4.2 Maladaptace.....	26
4.2.1 <i>Projevy syndromu maladaptace</i>	27
4.2.2 <i>Faktory podporující maladaptaci</i>	27
5. Aktivizace seniorů	28
5.1 Aktivizační pracovník.....	29
5.2 Dobrovolníci v aktivizaci seniorů.....	29
5.3 Formy aktivizací	30
5.4 Druhy aktivizací	31
5.5 Pohybová aktivizace	31
5.6 Reminiscence.....	32
5.7 Ergoterapie.....	32
5.8 Muzikoterapie.....	33
5.9 Animoterapie	33
5.9.1 <i>Canisterapie</i>	34
5.9.2 <i>Felinoterapie</i>	34
5.10 Smyslová aktivizace	35
6. Empirická část	36
6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	36
7. Metodologie.....	37
7.1 Výzkumná strategie	37
7.2 Výzkumný soubor	37
7.3 Charakteristika Domova pro seniory	38
7.4 Etická stránka výzkumu	39
7.5 Metoda sběru dat	40
7.6 Organizace výzkumu	40

7.7. Příprava a analýza dat.....	40
8. Interpretace dat	41
8.1. Lze dřívější zájmy (nejen koníčky) seniorů v pobytové sociální službě s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod?	41
8.2. Aktivita pracovní	42
8.3. Aktivita tvůrčí.....	43
8.4. Aktivita kulturní	44
8.5. Pomáhají používané aktivizační metody eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace?	45
8.5.1 <i>Motivace</i>	46
8.5.2 <i>Motivační bariéry</i>	46
9. Shrnutí výsledků výzkumu	47
9.1. Dílčí výzkumná otázka č. 1: Lze dřívější zájmy seniorů v pobytové sociální službě s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod?	47
9.2. Dílčí výzkumná otázka č. 2: Pomáhají používané prvky aktivizačních metod eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace?	48
9.3. Shrnutí výsledku hlavního cíle výzkumu	48
10. Diskuze	49
Závěr.....	51
Bibliografický seznam.....	52

Úvod

Demografické stárnutí se v současné době stává jednou z nejfrekventovanějších společenských otázek. Postupně se mění demografická struktura obyvatelstva a to takovým způsobem, že se zvyšuje podíl seniorů a snižuje se podíl dětí. K této reálné skutečnosti se pojí spousta problémů, které je a bude nutné řešit. Z jistých úhlů pohledů můžeme stáří pokládat i za určité nabytí svobody, kdy si lidé mohou plnit své sny, věnovat se svým koníčkům, cestovat. Ovšem druhá strana mince při pohledu na stáří nám odhaluje stinné stránky tohoto stádia lidského života. Ať je to otázka ekonomického zajištění seniorů, ageismu anebo ztráta sociálních vazeb, zhoršující se zdravotní stav. Právě zdravotní stav je častou příčinou snížení soběstačnosti seniora. Seniori se stávají závislí na péči rodinných příslušníků anebo odcházejí do pobytových služeb pro seniory.

Ne nadarmo se říká, že „starý strom nepřesadíš“, ale když již musí být „přesazen“, je životně důležité vytvořit prostor pro plnohodnotný život seniorům naplněný aktivitami a společenským uplatněním. Kořeny lidského stromu jsou vzpomínky, které se dají využít v adaptaci na nové životní podmínky a tak může být reminiscence živnou půdou pro lepší zapuštění kořenů. Tak i ruce, jako větve stromů, mohou být zapojeny do aktivizačních činností a snížit tak riziko nepřizpůsobení se na nové životní prostředí.

V této bakalářské práci se zabývám stárnutím, stářím, seniory, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu již nemohou pobývat ve svém přirozeném prostředí a odcházejí do Domova pro seniory. Cílem mé bakalářské práce je zjistit zda aktivizační metody napomáhají předcházení syndromu maladaptace seniorů.

Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická je rozdělena na pět kapitol. V první kapitole definuji pojmy stárnutí, stáří a senior. Druhá kapitola se věnuje seniorům ve společnosti, jak z historického tak i současného pohledu péče o tuto cílovou skupinu. Třetí kapitola se věnuje konkrétní sociální práci v Domově pro seniory a dále pojednává o specifikách seniorů v rezidenční péči. Čtvrtá kapitola je věnována adaptaci na stáří a její poruchy. Závěrečná kapitola v teoretické části definuje aktivizaci, její formy a popisuje jednotlivé aktivizační metody.

Praktická část mé bakalářské práce je zaměřena na kvalitativní výzkum, kde jako nástroj použiji polostrukturovaný rozhovor. Na tuto problematiku využívání aktivizačních metod u seniorů, pohlížím z pohledu dobrovolníka působícího v Domově pro seniory.

1. Stárnutí, stáří, senior

V této kapitole se pokusím zformulovat pojmy stárnutí, stáří, senior v tomto vývojovém období člověka. Cílem je vybrat optimální výklad jednotlivých podkapitol z mnoha autorů, kteří se věnují této problematice tak, aby poskytl základ k pochopení kontextu této práce.

1.1 Stárnutí

Kdy začíná člověk stárnout? Ve dvaceti, třiceti, čtyřiceti? Problémem je, že přesné vymezení, kdy začíná člověk stárnout, neexistuje. Stárnutí je vývoj velmi variabilní a záleží na mnoha faktorech, které jej ovlivňují.

V širší představě je stárnutí „*univerzální proces postihující živou hmotu*“ (Kalvach a kol., 2004, s. 67). Začátkem je tedy narození jedince, jak uvádí i Dientsbier, (2009, s. 13), novorozeně se pořád vyvíjí, ale zároveň probíhá i proces stárnutí. V užší představě je stárnutí spojeno s průběhem, kdy se organizmus dostává za svůj zenit, klesá výkonnost, zhoršuje se funkčnost zdraví, spontaneita a také odolnost k zátěži (Čevela a kol., 2012, s. 20). Dle vývojové psychologie je za mezník, kdy člověk začíná stárnout, považován věk 50 let. Člověk se musí vyrovnávat s úbytkem sil, zvýšenou únavou, ale také postupným snížením vlastních kompetencí (Vágnerová, 2007, s. 229). Jak popisuje Haškovcová (2006, s. 10), stárnutí je tedy zákonitý a fyziologický proces, typický pro každého živého tvora, tedy i člověka.

Dle mého názoru, každý člověk může ovlivnit průběh stárnutí, a to tím, jaký zaujme postoj k životu, k otázce odpovědnosti za své zdraví, aktivním trávením volného času, obkloповáním se lidmi, kteří nám prostě stárnout nedovolí.

1.2 Stáří

Nelze přesně vymezit okamžik, kdy nastupuje stáří. Pro náctiletého je každý nad 20 let již starý, pro dvacetiletého člověka je starý již každý člověk nad 50 let. Stáří je tedy podmíněno subjektivním vnímáním každého člověka. Věk je tedy běžné kritérium, podle kterého se určuje stáří člověka. Je to kalendářní věk, časový údaj, který bez dalších vzájemných vztahů (fyzických, psychických, sociálních) sám o sobě má jen malou vypovídající hodnotu.

Jak uvádí Haškovcová (2010, s. 20), na druhou polovinu lidského života se z praktických důvodů nejvíce používá následující členění:

- rané stáří, které je v rozmezí 60 – 74 let,
- sénium (vlastní stáří), zde je rozpětí od 75 do 89 let věku,

- dlouhověkost, kde jsou lidé ve věku 90 let a výše.

Janečková (in Matoušek, 2010, s. 163) zařazuje starého člověka do věkové skupiny 60, resp. 65 let, kdy jsou lidé v tomto období pensionováni. K tomuto vymezení stáří se přiklání i Stuart-Hamilton (1999, s. 20), s dodatkem, že je to více méně historicky a společensky uznávaná hranice stáří a také v tomto období dochází k zřejmým fyzickým, psychickým, ale i sociálním změnám.

Jako na každou etapu lidského života i na stáří musíme pohlížet z holistického pojetí, které je z hlediska pomáhajících profesí, kam patří i sociální práce, základním konceptem nadřazenosti celku nad jeho částmi.

1.2.1 Biologické stáří

Fenotyp stáří je výsledkem interakce genotypu s prostředím. Biologické stáří je důsledek biologických změn struktury, vzhledu a fungování organismu. Stáří je biologicky znevýhodněné oproti mládí poklesem výkonnosti, odolnosti vůči zátěžím, vyšším výskytem chorob (Kalvach et al., 2004, s. 99).

K typickým vnějším poznávacím znakům stáří, které jsou nepřehlédnutelné, řadíme ochabující svalstvo, pigmentaci kůže, šedivění vlasů u obou pohlaví, kde u mužů se přidává i jejich řídnutí. Pohyby jsou zpomalené, změny postavy, postoje, chůze, tělo člověka se zmenšuje (Haškovcová, 2010, s. 31). Znatelná je také změna smyslů, které slouží mozku jako nástroje kontaktů s okolním prostředím. Každý úbytek smyslů přímo ovlivňuje funkci mozku a tím je zbaven možnosti plně procítit svět. Zhoršuje se zrak, kdy ke zpracování zrakových podnětů potřebují pozorovat delší dobu. Sluch, staří lidé v obavě stigmatizace včas nevyhledají lékařskou pomoc, dokud nejsou „hluší jako pařez“. Snížená chuť k jídlu, snížený pocit žízně. Termoregulace, ale i vyšší hmatový práh, kdy je nutná zvýšená stimulace k zaregistrování dotyku (Stuart- Hamilton, 1999, s 27, 30, 34).

Ač stáří není nemoc, v oblasti vnitřního organismu jak uvádí Klevetová s Dlabáčovou (2008, s. 19 - 21) jsou některé nemoci ve stáří běžné a typické. Za všeobecný rys stáří jsou považovány atrofie, postihující jak orgány, tak i tkáně. Nejvíce je ohrožen mozek, jako centrální řídicí systém, kdy v důsledku ubývání mozkové tkáně se může rozvinout demence. Srdce, společně s cévami, postihuje arteroskleróza. V trávicí soustavě se snižuje množství šťáv, chronická zácpa a s ní spojené bolesti jak břicha, tak i bederní páteře.

1.2.2 Psychické stáří

Fyzické zdraví do velké míry ovlivňuje zdraví psychické. Snad nejvíce je to patrné u seniorů, kteří jsou citově labilnější, méně odolní vůči zátěži se zhoršenou schopností adaptability. Tyto faktory pak mohou mít za důsledek omezení sociálních kontaktů, závislost na druhých osobách atd.

Změny v psychických funkcích jsou podmiňovány biologickými a psychosociálními vlivy (Vágnerová, 2007, s. 315). Jako „*demontáž osobnosti*“ pojímá Říčan (2004) psychické změny u této cílové skupiny. Objasňuje, že tyto změny jsou spojeny se zjednodušováním osobnosti a prostým způsobem řešení problému, čímž se blíží k dětskému věku.

S věkem klesá vitalita a projevuje se na celkovém zpomalení poznávacích procesů. Toto zpomalení zákonitě vede k oslabení kognitivních funkcí. Vágnerová (2007, s. 32) uvádí jako za důležitý ukazatel celkové úrovně fungování kognitivních funkcí, pozornost. Zde je důležitý tzv. senzorický registr (schopnost zaměřit se a soustředit na potřebné informace a zároveň vyloučit nepodstatné informace). Slad'ování příjmů z různých zdrojů se v průběhu stáří zhoršuje, a proto je reakce těchto lidí pomalejší a dělají více chyb. Haškovcová (2010) dodává, že ušetřena není ani řeč, která se stává rozvláčnější, pokles frekvence gest a jejich umenšení.

Z psychologického pohledu je u seniorů nejvíce studována paměť. Paměťové procesy, jejich průběh je vysoce individuální a závisí na mnoha činitelích, jako je vzdělání, úroveň rozumových schopností a míra užívání paměti. Dva základní paměťové systémy tvoří krátkodobá a dlouhodobá paměť. Krátkodobá paměť je důležitá pro uchování informací do doby, než bude zpracována a přesunuta do dlouhodobé paměti. V důsledku zpomalujícího se procesu percepce trvá déle zaznamenat a zpracovat tyto vjemy. Problém dlouhodobé paměti je především ve vybavování informací, to bývá pomalé a často nepřesné (Vágnerová, 2007, s. 322).

1.2.3 Sociální stáří

Americký humanistický psycholog Abraham H. Maslow vytvořil model potřeb, a jednou z nich je i pocit lásky a sounáležitosti. Uspokojení ve vztazích a komunikace je považována za základní sociální potřebu.

Mezníkem tzv. sociálního stáří je odchod do důchodu a tato událost do velké míry přispívá k izolovanosti od společenského dění a život seniorů se začíná odehrávat převážně ve vlastní rodině případně v nejbližším okolí. Touto izolovaností se snižuje sociální

orientace a společenské chování. I další sociální změny, například úmrtí partnera, finanční problémy, opuštění vlastního domova, a to buď do domácnosti svých potomků nebo do instituce pro seniory, představuje velký zásah do života seniorů (Vágnerová, 2007, s. 350). Klevetová (2008, s. 71) nazývá tyto zátěžové situace jako „*sociální smrt*“, kdy pro seniora je takové psychické zatížení tak velké, že přijme pasivní roli člověka, závislého na péči druhých.

Za velký problém pozdního stáří považuje Vágnerová (2007) osamělost. Tento pocit, může být spouštěčem postupné odloučenosti od společnosti. Toto často nedobrovolné stažení se do ústraní ovlivňuje několik faktorů:

- Sociální situace, kdy se zvyšuje pravděpodobnost ztráty sourozenců, přátel, ale zejména ztráta životního partnera. Haškovcová (2010, s. 23) uvádí, že na základě statistik, u osob starších 85 let připadají na jednoho muže tři ženy, zdůrazňuje, že „*stáří je problémem starých žen*“. Osamělost je při tradičně chápané ženské roli sociálně složitější jako u mužů.
- Fyzický stav, kdy se snižuje sociální kontakt na základě snížené hybnosti, zhoršujícího se zraku, sluchu, ale i v důsledku závažné nemoci (Vágnerová, 2010, s. 415). Nebo, podle Haškovcové (2010, s. 3-24), nechce přiznat sobě ani okolí, že už není v tak dobré formě jako dříve.
- Psychický stav, kdy zejména úbytek paměti, změna uvažování osobnosti postupně nebo zcela vyřazují uspokojivý společenský kontakt (Vágnerová, 2010, s. 415).

1.2.4 Spirituální stáří

Slovo spiritualita pochází z teologie a toto slovo se odvozuje od latinských slov spiritus resp. spirit(u)alis, která mají původ v slově spirare, tedy dýchat. Spiritus značí tedy vzduch, dech, ale také duch a spirit(u)alis jako duchovní, duševní (Fiores, 1999, str. 904). Kromě náboženského významu existuje i spiritualita, která v sobě pojí všechny lidi, kteří se zřekli sobectví a otevřeli se lásce. Spiritualita je to, co člověka přesahuje, je výzvou a úkolem pro člověka, aby hledal smysl svého bytí (Fiores, 1999, str. 921).

Smysl vlastního života, touha po lásce, vděčnosti, ale i odpuštění jak sám sobě, ale i druhým jsou v období stáří společná lidem bez rozdílu víry, vyznání. Většina lidí, včetně pečujících o seniory se domnívá, že spirituální potřeby jsou záležitostí víry a věřící vědí, jak uspokojovat tyto potřeby. Lidé, kteří nežijí vírou, hledají otázky po smyslu života. Potřeba odpuštění, ale i potřeba odpustit sám sobě, je důležitou životní otázkou po smyslu života. Nenaplněním těchto potřeb člověk trpí a zoufá si (Svatošová, 2012, s. 23). Spirituální

dimenze v průběhu lidského života je různým způsobem rozvíjená a také se může měnit. Zvláště u seniorů tato potřeba spirituality narůstá, zejména při omezení různých kompetencí, jako reakce na zátěže, ztráty, ale i v předjímání vlastní smrti (Vágnerová, 2007, s. 428). Seniori se často ohlíží zpět, hodnotí a kladou si otázky o smyslu života, zda vykonal vše, co měl, zda splnil poslání, které měl vykonat.

Spiritualitu lze chápat jako jednu ze složek osobnosti, která vytváří motivy, postoje, životní filozofii a utváří tak základ osobní identity. Ve vymezení spirituality se uplatňují pojmy tajemství, transcendence, orientace na to, co je osobně nejdůležitější (Baštecká, 2009, str. 379-380). Na základě analýzy výsledků mezi jihočeskými seniory autorka definovala pět duchovních potřeb, které jsou pro staršího člověka stěžejní: potřeba vlastní důstojnosti a hodnoty, kontinuity smysluplného životního příběhu, potřeba naděje a životního cíle, víry a lásky. Potřeba vlastní důstojnosti a hodnoty je dominující a navazuje k sobě mohutnost dalších potřeb (Suchomelová, 2015, str. 193). Křivohlavý (2006) potvrzuje, že nalezení smyslu prožitého posílí vlastní hodnotu, důstojnost a zároveň umožní lépe zvládat problémy přicházející se stářím.

Ptáme-li se po spiritualitě, neptáme se, v co tento člověk věří, ale po tom, co „víra“ v jeho životě dělá, jak se projevuje. Senior si více uvědomuje svoji konečnost, a to bez ohledu na to, zda je v bezprostředním ohrožení smrti, anebo je to senior relativně zdravý a vitální. Životní možnosti se redukuje a některé životní plány již nebude možné realizovat, a tak je stárnoucí člověk nucen rekapitulovat své životní priority a pohled na hodnotu a důstojnost lidského života. Biologickou stránku života je nutno přijmout jako danost, a i životní úkol lze přijmout a naplnit různým způsobem, tím jak předtím žil, jak se připravoval na stáří. Člověk ve stáří „sklízí, co zasel“. Uvědomění si vlastní konečnosti nemá snižovat radost ze života, ale úctu k životu, jeho jedinečnosti. Tato životní etapa v seniorech probouzí schopnost přijetí vlastních hranic, snášet utrpení, rozloučit se s něčím významným. Nejtěžší je ale přijmout fakt, že je odkázán na pomoc a péči druhých, neboť nesoběstačnost je v rozporu s dnešním kladením důrazu na samostatnost každého individua (Spiritualita seniorů, [on-line]).

Malíková (2011, s. 269) poznamenává, že senior nepotřebuje mentora, moralistu, či posuzovatele, který mu udělí rady, návody jak a co má dělat, řešit, jak se vyrovnat s případnými křivdami z minulosti. V této etapě života potřebuje empatického člověka, který mu aktivně a s účastným porozuměním naslouchá, vytváří prostor k tomu, aby si na všechny své otázky našel člověk odpověď sám v sobě.

1.3 Senior

Přesná kategorizace pojmu senior je velmi relativní. Vidovičová (in Sýkorová, 2004, s. 61) uskutečnila výzkum, který měl reflektovat faktory, které označují člověka za seniora. Z výzkumu získala osm charakteristických znaků: fyzický stav, věk, úbytek duševní svěžesti, ztrátu autonomie, sníženou adaptaci na změny, penzionování, potíže s řešením problému, narození vnoučat. Závěr je, že je vysoce individuální a subjektivní označit jedince za seniora, proto že každý jeden znak by mohl být přiřazen k člověku, jenž nemusí být seniorem. Janečková (in Matoušek a kol., 2010) uvádí, že pojem senior je spojován se sociálním statutem důchodce a jako neaktivního, neproduktivního a zdravotně omezeného vlivem ztráty funkčních schopností, multimorbiditou. Autorka ovšem uvádí, že toto je typický pohled na stáří a nebere v úvahu individuální rozdíly jednotlivých lidí. Otázkou je, jakou vypovídající hodnotu má věk. Stuart-Hamilton uvádí, že kalendářní věk „*nemůže být pokládán za spolehlivý predikátor životního stavu konkrétního jedince*“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 19).

Seniora můžeme charakterizovat jako člověka v určitém věku, a tak hovoříme o věku kalendářním, biologickém, sociálním, funkčním. Kalvach (in Holmerová et al., 2007, s. 28) dělí seniory do tří skupin, podle funkční zdatnosti, rizikovosti a potřeby zdravotnických služeb. První skupinu tvoří tzv. zdatní senioři, kteří nepotřebují péči. Druhou skupinou jsou tzv. nezávislí senioři, kde již dochází k zhoršení kondice, ale nepotřebují pečovatelskou ani ošetřovatelskou službu. Třetí skupinou jsou tzv. senioři křehcí, kteří již využívají spolu se zdravotnickými službami i služby sociální na základě zhoršení kognitivních funkcí, zvýšení rizika pádu, psychickou labilitou.

2. Senior ve společnosti a péče o něho

V této kapitole se zaměřím na péči o seniory jak z historického pohledu, tak i na péči v rámci rodiny a následně i na péči poskytovanou institucemi. Cílem je nastínit pohled na postavení seniora v minulosti, na možnosti a limity rodiny v péči o své členy a na péči, která je legislativně ukotvena dle našeho právního řádu.

2.1 Stručný vývoj vztahu společnosti k seniorům

Od nepaměti si lidé přáli žít dlouho a dožít se vysokého věku. Být starý bylo s ohledem na střední délku života nepravděpodobné a za starého člověka byl považován již padesátiletý občan. Když měl někdo štěstí a dožil se „*požehnaného*“ věku požíval společenské uznané výhody. Staří lidé předávali profesní a životní zkušenosti dalším generacím, které nemohli získat informace jinde, než právě z jejich vyprávění a zkušeností.

Úcta ke starým občanům nebyla pravidlem a vysloveně staří lidé byli obdivováni jen tehdy, když byli plně soběstační a nějakým způsobem výjimeční (Haškovcová, 2010, s. 33).

S přibývajícím délkou života, urbanizací, migrací, změnami v rodině, se stáří stalo společenským jevem. Tento vývoj moderní společnosti přispěl k rozpadu linie předávání tradic a senior ztratil svoji roli nositele tradic a kulturního bohatství. Od počátku 60 let 20. století se začal prosazovat kult mládeže, který má ovšem svůj protipól a tím je nepropagování stáří. Jak poznamenává Pacovský „*V současnému stupni rozvoje naší společnosti jde především o to, aby společnost přijala stáří jako realitu a starou subpopulaci jako svou nedílnou součást*“ (Pacovský, 1990, s. 46). Toto odmítání stáří a starých lidí přerostlo v současné době, jak píše Haškovcová (2010, s. 34, 35) ve skrytý a někdy i otevřený boj proti starým lidem. Ageismus je diskriminace na základě věku, v souvislosti se společenskou skupinou seniorů, tedy diskriminace osob vyššího věku.

Projevy ageismu jsou především v upřednostňování mládeže, kdy mladí mohou chybovat, být pomalí, přičemž starý člověk je nemohoucí, mladí mohou zapomenout jméno, ale starý člověk již trpí demencí, mladí mohou být popudliví, nepříjemní, starý člověk je již označován za podivínského a potrhleho. Mladý muž může sdělovat své sexuální pocity anebo citové stavy, ale starý muž je již nazván oplzlým dědkem. V projevech nemoci je u seniorů konstatováno, že jsou to neduhy stáří (Tošnerová, 2002, s. 7). Za podporující zdroj ageismu jsou považovány sdělovací prostředky. Prezentace médií, které upozorňují na chronologický věk, způsob jakým se o stáří pojednává, jaká témata jsou předkládána, jakou měrou jsou zastoupeni samotní senioři a v jakém kontextu, může podporovat věkovou segregaci (Vidovičová, 2008, s. 139).

Z pohledu ageismu je tedy stáří vnímáno jako rozhodující parametr, jenž člověku přisuzuje znevýhodňující postavení. Tento rozdílný přístup, který je založen na základě věku začíná představovat čím dál větší sociologický problém, jehož projevy se vyskytují v mnoha společenských oblastech. Ageismus může vést k segregaci seniorů, a to jak prostorové tak i kulturní.

Úsilí o redukci projevů ageismu, o pozitivní prezentaci stáří a podporu rovných příležitostí v postavení různých věkových skupin, se angažuje celá řada organizací. Ministerstvo práce a sociálních věcí spolu s dalšími účastníky, jak ze státního tak i soukromého sektoru, vypracovalo Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017. Tento akční plán představuje strategický dokument, jehož záměrem je komplexní přístup k řešení problematiky stárnutí populace. Základním rámcem plánu je

dodržování a ochrana lidských práv seniorů. Akční plán se zaměřuje i na podporu aktivního podílu na rozvoji občanské společnosti, účasti na trhu práce a podpory mezigeneračních vztahů.

Priority akčního plánu jsou shrnuty do následujících oblastí:

- Zajištění a ochrana lidských práv starších osob
- Celoživotní učení
- Zaměstnávání starších pracovníků a seniorů ve vazbě na systém důchodového pojištění
- Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce
- Kvalitní prostředí pro život seniorů
- Zdravé stárnutí
- Péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností

(Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017 , [online]).

2.2 Péče v historickém kontextu

Péče o staré lidi byla v minulosti poskytována především anebo výhradě v rámci rodiny. Pokud péče rodiny selhala a to z jakéhokoliv důvodu, staří lidé se ocitli na periférii společnosti. Jejich život byl neutěšený, potulovali se, žebrali a posléze umírali hladem a žízni. Tuto situaci bylo potřeba řešit, a to z důvodu narůstajícího počtu těchto lidí. A tak jako jistá záchranná sociální síť nastupuje charita, obec, stát, což lze charakterizovat jako vývojovou triádu (Haškovcová, 2010, s. 183).

Charitativní péče stojí na pilířích křesťanské lásky, opírající se o tři dary Boží milosti: víru, naději, lásku. Pomoc na základě charity poskytovali zejména kněží a bohatí lidé, a to materiálním zabezpečením. Tato péče byla jistě velmi ušlechtilá, ale stála pouze na nejistých základech milodarů spoluobčanů. Proto ve 14. a 15. století vznikají první institucionální zařízení pro staré občany. V bývalé Jugoslávii jsou to „*domovy pro staré osoby*“, v Nizozemsku tzv. „*hoffjes*“ (objekty s pokojíky pro staré občany). První ochranný zákon, který řešil sociální problémy těchto lidí, byl realizován v Anglii, kdy za královny Alžběty bylo vydáno první chudinské právo, na jehož základě byl vybírán poplatek na podporu starých lidí. V 16. století byly po celé Evropě zakládány obecní ústavy pro zchudlé a staré lidi (Haškovcová, 2010, s. 184).

Na našem území měli staří lidé stejný osud jako jinde v Evropě. Proto i zde vznikají ve středověku chudobince, starobince a chorobince, jejichž provoz organizovaly kláštery

a později tato péče přešla na městské a obecní rady. Od 13. století jsou budovány špitály, kde potřebnou pomoc poskytovali nemocným, chudým, přestárlým, ale přednostně zde byli umísťováni zchudlí měšťané, kteří si zde doživotně koupili byt, stravu a ošetřování (Kutnohorská, 2010, s. 29). Jako dalším typem ústavní péče, jak uvádí Haškovcová (2010, s. 185) jsou klášterní nemocnice, které ovšem poskytovaly péči z velké části pro řeholníky a členy šlechtických rodin.

Za progresivní moment v souvislosti s péčí o staré lidi, která se začala rozvíjet od dob Josefa II., je zakládání farních chudinských úřadů v návaznosti na ustanovení chudinského práva. Zásada, že pečovat o své příslušníky je povinna zejména obec, našla oporu v zákoně o domovském právu, kde se skutečně začala odvíjet veřejná chudinská péče (Haškovcová, 2010, s. 188-189). Nastává garance systému péče státem, a to formou institucionální pomoci.

Se vznikem samostatného Československa nastal obrat k lepší sociální péči. Vzniklo ministerstvo sociálních věcí, docházelo k rozvoji ústavní péče, a to zejména v souvislosti s kvalitou a odbornou úrovní. Na území Prahy byl v roce 1929 založen Zaopatřovací ústav v Krči, tzv. Masarykovy domovy v Praze – Krči. Součástí tohoto komplexu budov byla i první Klinika chorob ve stáří ve světě, kterou založil Rudolf Eiselt, „otec klinické geriatric“ u nás. Ovšem i přes tyto pokroky, byla péče o staré lidi nedostatečná. Tradičně se o staré lidi starali i nadále rodiny, charity (Červený kříž, Diakonie) a v neposlední řadě i města a obce podle domovského práva (Haškovcová, 2010, s. 196-197).

Po 2. světové válce došlo k významnému rozvoji v oblasti sociální péče, a to nejen o seniory. V roce 1948 bylo zrušeno tzv. domovské právo a stát převzal plnou odpovědnost za sociální zabezpečení svých občanů. Zákon 55/1956 Sb. o sociálním zabezpečení upravoval podmínky vzniku jednotného systému sociálního zabezpečení. Instituce, které pečovali o seniory, byly přejmenovány na domovy důchodců, včetně těch, které spravovala církev (Haškovcová, 2010, s. 209). Jak poznamenává Malíková (2011) do těchto zařízení odcházeli i lidé soběstační a částečně se tak řešila problematika bytové otázky. Z kapacitních důvodů se mnozí staří lidé ocitali na odděleních LDN do doby, než se uvolní místo v domově pro důchodce. Dodržovala se spádová příslušnost, a tak senior musel nastoupit i do zařízení, které nemělo dobrou pověst. Senior se musel podřídit zavedenému režimu v domově, a tak neměl ani prostor k vyjádření ke kvalitě poskytované péče. Naprostá ztráta soukromí, špatná komunikace a velká koncentrace lidí jistě nepřispěla ke spokojenému stáří.

Po roce 1989 došlo podstatným změnám, kdy sociální služby již neposkytuje jen stát, ale hlavně kraje, obce, nestátní neziskové organizace, církve, fyzické i právnické osoby. Domovy důchodců byly přejmenovány na domovy pro seniory, stoupající životní úroveň se odrazila i na životním stylu seniorů a ústavní péče již není jedinou formou péči, která je seniorům poskytována. Umožnil to i zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který nabízí kromě ústavní i ambulantní a terénní péči o seniory (Haškovcová, 2010, s. 235-238).

2.3 Rodina

Rodina je nejstarší základní společenská skupina spojená biologickými, sociálními, právními vztahy, funkcemi, činnostmi zabezpečující potřeby svých členů a společností. Toto společenství prochází celou historií neustálými změnami co do velikosti, významu i začlenění se do společnosti. Adaptuje se přitom na její nejrůznější proměny, přizpůsobuje se jim a tím udržuje život člověka ve všech jeho cyklech. Zejména s narůstajícím věkem stoupá důležitost její role v životě člověka, a proto senioři touží žít v blízkosti svých dětí, vnoučat, ale zároveň na nich nebýt závislý. Jak uvádí Haškovcová (2006, s. 43) senior chce žít podle svých představ, životního stereotypu a ve svém přirozeném prostředí. Částečná ztráta soběstačnosti a tudíž občasná péče rodiny o seniora, nepůsobí velké problémy. Složitější situace nastává, když se má rodina postarat o nemocného rodiče. Problém není v tom chtít a umět se postarat, neboť kdo chce tak se i naučí, ale základní kámen úrazu je moci se postarat. Překážky jsou ekonomické, bytové, ale i dnešní vysoká zaměstnanost žen, kdy těžiště péče o seniora spočívá především na ženách. Jako další překážky uvádí Šelner (2004, s. 12-20) i to, že se z rodinných vztahů vytrácí závislost na prarodičích, rodina nebydlí pohromadě, její členové jsou pracovně nebo jinak časově vytížení. Dále je to zodpovědnost dětí vůči rodičům, kdy vztah rodinných příslušníků byl vždy považován za „generační symbiózu“. Rodiče se starají o děti, přebírají za ně zodpovědnost, ale při změně rolí, kdy rodič potřebuje pomoci, je tato zodpovědnost v dnešní době považována za „nadstandard“. Hodnoty jako solidarita, odpovědnost vůči rodinným příslušníkům jako by zmizely z myšlení lidí: 30 % dotázaných lidí v České republice si myslí, že o seniory by se měl v plné míře postarat stát. Rodina a stát by se měli stát partnery a ne konkurenty. I rodina je součástí systému péče, a proto se stát nemůže zbavovat povinnosti a přenášet péči na rodinu, bez vytvoření podmínek a předpokladů.

2.4 Sociální péče v současnosti

Péče o seniory se musí vypořádat s celou řadou změn, které jej ovlivňují. Zejména stárnutí populace je jedním z fenoménů současné doby. Je to, ale i oslabení rodinných

vztahů a v neposlední řadě i legislativní ukotvení a průběžné novelizace sociálního zabezpečení. Haškovcová (2010, s. 235) uvádí, že dochází nejen k navýšení počtu sociálních služeb, ale také i ke způsobu jejich poskytování. Stát již nedrží monopolní postavení v této oblasti a nabídka se rozšířila i o subjekty, které jsou zřizované kraji, obcemi, nestátními neziskovými organizacemi, církvemi.

Naše republika se v současné době zabývá více otázkou výše starobních důchodů a jejich financování, která je jistě velmi důležitá a nesnižuje její naléhavost, ale klíčová problematika bydlení seniorů, zejména pro vyšší věkové kategorie, je řešena jen okrajově. Stát naplňuje svoji roli v oblasti pomoci seniorům prostřednictvím sociálních služeb, a to zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tento zákon rozlišuje základní druhy a formy sociálních služeb. Mezi základní druhy sociálních služeb patří sociální poradenství, sociální péče a služby sociální prevence, formy mohou být pobytové, ambulantní nebo terénní (Zákon č. 108). Dále je to příspěvek na péči podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V případě, kdy se senior ocitne v hmotné nouzi, jsou mu poskytnuté dávky ze systému pomoci v hmotné nouzi, podle zákona č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi.

2.4.1 Služby sociální péče

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení se do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich zdravotní stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (Zákon č. 108, §38).

Ve své práci se zaměřují na služby sociální péče, které jsou poskytovány pobytovou formou a jsou určeny pro seniory. Z tohoto důvodu uvádím jen pobytové služby s větším přesahem zájmu na domovy pro seniory.

1) Odlehčovací služby

„Mohou být poskytovány jako terénní, ambulantní nebo jako pobytové. Slouží pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek“ (Zákon 108, §44).

2) Týdenní stacionáře

„V zařízeních se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby“ (Zákon č. 108, §47).

3) Domovy se zvláštním režimem

„Pobytové služby jsou zde poskytovány osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace si vyžaduje pomoc jiné osoby. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob“ (Zákon č. 108, §50).

4) Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V domovech pro seniory se poskytují následující služby (Zákon č. 108, §59):

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) zprostředkování kontaktů se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) aktivizační činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*

Domov pro seniory je specifický v tom, že poskytuje trvalou péči v ústavním zařízení pouze pro cílovou skupinu seniorů. Cílem je podpora individuálních schopností klienta, zajištění soukromí, dosažení maximální spokojenosti seniora. U mnohých lidí je vidina dožití v domově pro seniory velmi stresující, což je částečně způsobeno i tím, že domovy byly stavěny na periferiích měst a péče po sociální stránce života seniora byla minimální. Se zavedením standardů kvality se i tato zařízení dostávají na stále vyšší úroveň v poskytování služeb srovnatelnou se zahraničím. Senioři potřebují jak zdravotní, i tak

sociální a další služby v uceleném spektru a spojitosti, aby mohli nadále žít co nejkvalitnější život. Jak poznamenává Haškovcová (2006, s. 35), je potřeba koordinovat služby tak, aby si mohl senior vybrat takový způsob péče, která je pro něho optimální. Dnes se takový ucelený systém buduje, a to jak s ohledem na finanční možnosti státu, tak i s ohledem na potřeby nemocných, a odborným znalostem personálu.

5) Příspěvek na péči

Senior uzavírá smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb v rámci, které si nakupuje služby. Vzhledem k tomu, že domovy pro seniory poskytují služby klientům se sníženou soběstačností, zákon v rámci třetího pilíře poskytuje příspěvek na péči, který nahradil dvě obdobné dávky, a to zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek při péči o osobu blízkou. *„Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb“* (Zákon č. 108, §7). Výše příspěvku na péči je odstupňována podle závislosti na jiné osobě, přičemž závislost je měřena počtem úkonů, které osoba nedokáže zvládnout vlastními silami.

6) Dávky v hmotné nouzi

V případě, kdy senior nemá nárok na výplatu starobního nebo invalidního důchodu, má možnost požádat o dávky hmotné nouze. Poskytování sociálních služeb v Domově pro seniory se v tomto případě hradí z těchto dávek. Úřad práce České republiky na základě posouzení zda senior patří do okruhu oprávněných osob, poskytne žadateli tyto dávky:

- příspěvek na živobytí,
- doplatek na bydlení.

Příspěvek na živobytí je základní dávka hmotné nouze, která je vyplácena v případě, kdy senior nemá dostatečný příjem. V případě využívání sociální služby Domov pro seniory, poskytovatel ponechá uživateli pobírající příspěvek na živobytí minimálně ve výši 15 %, v závislosti na předpise úhrady za pobyt a stravu, z této dávky hmotné nouze na zajištění individuálních potřeb.

Doplatek na bydlení je dávka sekundární, která náleží klientovi v případě, že příspěvek na živobytí nedostačuje na zajištění nákladů na bydlení. Tato dávka je podmíněná příspěvkem na živobytí a je spojena výhradně jen s náklady na bydlení, tudíž uživateli nenáleží z této dávky žádný minimální zůstatek.

7) Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je opakující se dávka určená osobě starší jednoho roku. Při splnění stanovených podmínek má na ni osoba nárok. K těmto podmínkám patří:

- Osoba je starší jednoho roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením (ZTP, ZTP/P).
- Osoba se opakovaně dopravuje nebo je dopravována a nejsou ji poskytovány pobytové sociální služby.

V případě seniora v pobytové službě je ovšem možné tento příspěvek přiznat, a to „z důvodů hodných zvláštního zřetele“ (Zákon č. 329, Hlava II, §6).

3. Sociální práce v domově pro seniory

Sociální práce je profesí, která je orientovaná na řešení lidských problémů. I když tento obor osciluje na hranici s řadou akademických i praktických disciplín a sdílí s nimi některé poznatky a postupy, zaujímá samostatné postavení. Důraz je kladen na sociální fungování klienta, tedy sociální práce pohlíží na klienta ze všech úhlu jeho života a také v návaznosti na interakci s jeho prostředím (Navrátil, 2001, s. 21). Smyslem sociální práce se seniory a obzvláště v rezidenční péči je pomoci uspokojovat jejich každodenní potřeby, naplňovat jejich plány a uchovat si kontrolu nad svým životem v takovém rozsahu, na jaké byli zvyklí. Sociální změna jakou je i odchod do institucionální péče je pro seniora značně zatěžující a nese sebou i zvýšené zdravotní riziko. Proto musí být sociální práce se seniory, která je vykonávána mimo jiné i prostřednictvím sociálního pracovníka založená na kvalitě, důvěře a vytvoření pocitu bezpečí a jistoty. Sociální pracovník je nápomocen při adaptaci na změnu a začlenění se do nové sociální sítě. Zároveň musí mít na paměti spojitost mezi minulostí seniora se současností, pracuje tedy se životním příběhem a ovlivňuje tím kvalitu života seniora (Matoušek, 2010, s. 164).

Na sociální práci v rámci rezidenční péči o seniory můžeme nahlížet ve třech rovinách:

- Mikro rovina, stěžejní činnost sociální práce je práce s jednotlivcem. Obsah práce je zejména podpora klientových schopností, pomoc při zvládnání adaptačního procesu. Poradenství je také jednou z náplní sociální práce v pobytové službě.
- Mezzo rovina, činnost je zaměřena na skupinovou práci, kam můžeme zařadit i skupinovou aktivizaci seniorů. Významnou oblastí působení sociální práce je i práce s rodinou seniora.
- Makro rovina, činnost sociální práce je zaměřena na ovlivňování legislativy, společnosti a to zejména na různých úrovních (Matoušek, 2008, s. 14).

3.1 Specifika seniorů v rezidenční péči

Život seniora v instituci mu usnadňuje či vůbec umožňuje nadále fungovat, žít. Má zajištěnou střechu nad hlavou, personál, který se o něj stará, někdo za něj vaří, pere, organizuje aktivity. Klient je tak zbaven starosti, jak a kdo obstará všechnu tuto práci kolem sebe. Sociální kontakty jsou omezené a redukují se více méně na spoluobyvatele zařízení, nevelký počet personálu, nemluvě o pohybu v omezeném prostoru domova nebo jeho blízkém okolí. Podlehnutí tomuto stavu, tedy stavu dobré adaptace na umělé podmínky je považováno za nejzávažnější riziko spojené s pobytem v rezidenční péči tedy na tzv. hospitalismus. Neměnné prostředí, ohraničené sociální kontakty jsou živnou půdou pro intoleranci, což může vést k rozvoji tzv. ponorkové nemoci. Senior se stává vztahovačným, agresivním, introvertnějším, klesá jeho vstřícnost a úměrně tomu se zvyšuje význam osobního teritoria, které je prožíváno jako poslední zbytek soukromí (Matoušek, 1999, s. 118-119). I přes úsilí o individuální přístup je senior nucen přizpůsobit se provozu zařízení, a tím i ke ztrátě soukromí, což lze považovat za jakousi daň za pobyt v zařízení. Nejen ztráta soukromí, ale i určitá sociální izolace ve smyslu omezení kontaktů s původním okolím, rodinou a, přáteli může vést k pocitům opuštěnosti (Friedman, 2005, s. 45) a senior se začne upínat na někoho z personálu, a tím uspokojovat potřebu bezpečí. Dodržováním odstupů a zachováním si profesionálního vztahu lze předejít *kvazirodinným rolím*, které převládnu nad rolemi odpovídajícími postavení obou stran ve vztahu (Matoušek, 1999, s. 122). Takový vztah může vyústit až k infantilizaci, ke snižování odpovědnosti seniora za sebe sama a k podpoře vazby jak na profesionála, tak i na zařízení. V extrémním případě se může objevit šikanování a týrání v různých formách např. fyzické, psychické, emocionální, sexuální (Malíková, 2011).

Nabízí se otázka, jak tato rizika eliminovat. Jednou variantou je snaha o transformaci a deinstitucionalizaci pobytových služeb a to nejen směrem k seniorům, ale i k jiným cílovým skupinám. Jedním z projektů věnovaných této otázce je projekt Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb, který realizuje Institut důstojného stárnutí založený Diakonií Českobratrské církve evangelické. Projekt je zaměřen na podporu seniorů v jejich domácím prostředí a to právě prostřednictvím komunitního modelu zdravotně sociálních služeb. Rezidenční zařízení by měla být chápána jako součást komunitního prostoru a měly by se otevřít do komunity, aby bylo možné vzájemně výhodné sdílení služeb. Projekt podporuje vytváření pobytových center přirozené návaznosti, kde hlavní myšlenkou je autonomní bydlení s narůstajícím spektrem služeb zdravotních i sociálních (Kalvach, 2014). Jako jednu z dalších možností vidím činnost

dobrovolníků. Sama docházím jako dobrovolník do zařízení pro seniory a dovolím si tvrdit, že minimálně v oblasti sociální izolovanosti působí moje přítomnost jako prevence proti opuštěnosti. Vědomí seniora, že se o něj někdo zajímá, vede k pocitu užitečnosti, a také může vést k jisté motivaci seniora, aby se „vzchopil“.

3.2 Sociální pracovník v rezidenční péči

„Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy“ (Matoušek, 2008, s. 44). V rezidenčních zařízeních je role sociálního pracovníka, dle mých zkušeností, omezena na pouhou administrativní sílu. Matoušek (2010, s. 180) specifikuje náplň této práce jako na činnosti zabývající se sociálním šetřením, přijímání seniora do zařízení, důchodovou agendou, kontakty s úřady, pozůstalostní agendou atd. Řezníček (1994, s. 63) přitom předkládá řadu prolínajících se rolí, které může sociální pracovník, mimo roli úředníka, v rámci své profese vykonávat.

- *Poradce nebo terapeut.* V této roli sociální pracovník pracuje na změnách v životní situaci klienta, také skrze sebe. Tato role vychází ne jen z formálního vzdělání, ale i z osobní motivace pracovníka, která jej přivedla k sociální práci.
- *Zprostředkovatel služeb.* Role spočívá ve vyhledávání dostupných zdrojů pomoci, zastánce klientových potřeb, koordinace osob účastnících se práce s klientem.
- *Cvičitel sociální adaptace.* V rámci této roli sociální pracovník napomáhá v sociálních a adaptačních dovednostech klienta, povzbuzuje pozitivní změny v chování.

Zákona č. 108, §109 v platném znění, definuje činnosti, které sociální pracovník v rámci zařízení poskytující sociální služby vykonává. Ráda bych se v následujících řádcích věnovala jedné z mnoha činností sociálního pracovníka, kterou považuji za velice důležitou z pohledu adaptace seniora na pobytovou službu, a to je jednání se zájemcem o pobytovou službu.

3.2.1 Jednání se zájemcem o sociální službu

Prvotní kontakt, který senior má se zařízením, je prostřednictvím sociálního pracovníka který provádí sociální šetření. Obsahem sociálního šetření jsou informace o bydlení, o sociálním a rodinném podpůrném systému. Nedílnou součástí šetření je i sebeobsluha, soběstačnost, sociální dovednosti, péče o zdraví a osobní aktivity (Matoušek, 2010, s. 137).

Jednání je pro zájemce velmi stresující, či již ze zdravotního důvodu, nebo ze špatné komunikace a proto považují za důležité, aby měl senior psychickou oporu u samotného jednání třeba v podobě, rodinného příslušníka, přátel, a v případě kdy je žadatel omezen k právním úkonům je nezbytný i opatrovník. Úkolem sociálního pracovníka je poskytnout seniorovi podstatné informace o službě a to způsobem pro žadatele srozumitelným. Komunikace je klíčová v celém procesu a odehrává se jak ve verbální tak i neverbální rovině. Rozhovor má dospět k vymezení toho, co senior nejen potřebuje, ale i čeho je schopen a je ochoten přijmout. Dobrý sociální pracovník by měl být schopen naslouchat a vnímat přímo i nepřímo tato sdělení. Jako každý proces i rozhovor má své fáze, rytmus. Úvodní fáze slouží k navázání kontaktu, rozptýlení obav, k budování důvěry a harmonizování komunikujících osob. V této fázi se také získávají základní údaje o žadateli. Druhou fází je klientovo očekávání a zakázka, která se musí upřesňovat, vyladřovat, aby se předešlo pozdějším zklamáním a nereálným očekáváním. Závěrečná fáze je v duchu uvolnění a také sumarizování kroků, které jsou nezbytné pro splnění zakázky, domluva na další spolupráci a nezbytné rozloučení (Matoušek, 2008, s. 76, 78). V rámci jednání se zájemcem o službu umožňuje sociální pracovník návštěvu budoucího pobytu žadatele a v ideálním případě by přicházel do úvahy i tzv. zkušební pobyt. Pokud senior zná prostředí, do kterého přichází a personál již zná nového klienta, jistě je to ten nejlepší výchozí bod ke vzájemné spolupráci a naplánování všeho tak, aby byly uspokojeny potřeby seniora. Domov pro seniory, který se snaží poskytovat dobrou kvalitu služeb, má vypracované standardy a to nejen pro jednání se zájemcem, ale i smlouvu o poskytování služeb a následně na navazující standard individuálního plánování (Matoušek, 2010, s. 181).

3.3 Individuální plánování

V procesu přechodu klienta do rezidenčního zařízení je důležitá i procedura přijetí seniora do zařízení. Na tvorbě individuálního plánování se podílejí hlavně klíčoví pracovníci, pracovníci přímé péče a aktivizační pracovníci. Role sociálního pracovníka je v tomto procesu víceméně konzultační a metodická. Vzhledem k tomu, že svoji práci směřují k maladaptaci, považují kvalitní individuální plánování za klíčový proces, který může pomoci seniorovi vyhnout se tomuto syndromu anebo v případě neadekvátního plánování jej může prohloubit.

Individuální plán vychází z posouzení zdravotního a duševního stavu seniora a odhadu jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Jsou stanoveny nejzávažnější problémy a kroky,

kteře pomohou zlepšit stav, nebo alespoň zachovat kvalitu života seniora. Plán obsahuje i časový horizont a dílčí úkoly pro jednotlivé členy týmu (Matoušek, 2010, s. 182).

Ze své nevelké zkušenosti vím, jaký negativní postoj má personál domovů pro seniory k individuálnímu plánování. Argumentace typu, že to jen byrokracie je podle mě nepochopení významu tohoto nástroje, který má sociálním pracovníkům pomoci ujasnit si, co vlastně mají dělat. Individuální plánování se seniory vnímám v tom, že přání a cíle člověka se mění. Jistě je velice důležité v rámci plánování stanovovat cíle, které se soustřeďují na primární péči na člověka. Velký nešvar vidím také v tom, že individuální plány se vyplňují, jen aby bylo učiněno zadost zákonu, standardům a vytrácí se člověk, osobnost, která ač v pokročilém věku má obavy, strach, ale i svůj příběh, ze kterého se dají čerpat jeho zdroje. Jako prevenci proti syndromu maladaptace, o kterém se více rozepisuji v další kapitole, považuji právě individuální plánování a specificky Plánování zaměřené na člověka.

3.3.1 Plánování zaměřené na člověka

Plánování zaměřené na člověka bylo vyvinuto v 80. letech a bylo zacíleno na nové přístupy k lidem s mentálním postižením, které později ovlivnily i další cílové skupiny např. lidi s duševním onemocněním, seniory. „*Plánování zaměřené na člověka představuje systematickou cestu vytvoření realistického plánu naplnění životních cílů, přání, potřeb*“. V České republice dominuje plánování z pohledu profesionálů, tedy plán výchovný, ošetrovatelský, terapeutický. Tyto plány a jejich cíle jsou ovšem nabídkou těchto odborníků, organizací ze které si posléze senior „vybírám“. Další problém je spatřován ve vytváření přílišné závislosti seniorů na formálních zdrojích a nevyužívání zdrojů neformálních, které by i nadále umožňovaly udržet si přirozené sociální vztahy a být tedy součástí společnosti (Johnová, 2006).

Autorka ve svém článku uvádí, že cyklus plánování zaměřeného na člověka „*je stejný jako jakékoli jiné plánování*“. Je rozdělen do těchto částí:

- Mapování, které má dva klíčové úkoly. Osobní profil, který představuje souhrn jeho představ o životě, cílech jeho budoucnosti, popis osobní historie. Tento dílčí úkol pomáhá porozumět nejen životním představám, ale i potřebám klienta, pro kterého tvořím individuální plán. Obsahem druhého úkolu je zaměření na potřeby, to co potřebuje ke zvýšení míry sociálního začlenění, k rozvoji spokojenosti v životě. Tyto potřeby se upřednostňují před zdravotními a jinými diagnózami.

- Tvorba plánu, ve kterém jsou důležité informace z prvních dvou úkolů v rámci mapování. Informace jsou zdrojem pro skupinu lidí, kteří působí v jiné roli. Složení skupiny tvoří, klient, pro kterého je plán připravován, spojenec-důvěrník, klíčový pracovník, koordinátor plánování, moderátor, neprofesionálové představující neformální zdroje (člen rodiny, přítel, soused). Smyslem účasti neprofesionálů je navození neformálního prostředí, kdy klienti často postrádají podporu z jejich přirozeného prostředí. Cílem tvorby plánu je stanovení kroků k naplnění osobních cílů, stanovení odpovědné osoby a stanovení termínu plnění jednotlivých kroků. Plány musí být měřitelné, a proto je nutné stanovit jasná kritéria naplnění.
- Realizace plánu, v tomto bodě se sociální pracovník stává advokátem a snaží se prosazovat a obhajovat práva uživatele.
- Měření výsledků, poslední fáze cyklu, kde se zjišťuje, do jaké míry se realizace plánu blíží naplánovaným cílům. Z výsledků měření dochází k aktualizaci profilu a analýze podpory. Nejedná se o jednorázový úkol, ale o dlouhodobý proces (Johnová, 2006).

4. Adaptace a syndrom maladaptace při přechodu do domova pro seniory

V této kapitole se budu věnovat adaptaci a maladaptaci seniora při přechodu z domácího prostředí do domova pro seniory. V podkapitole adaptace se zaměřím na fáze adaptace. Svoji práci orientuji na syndrom maladaptace, proto se více zaměřím na tento jev s popisem jeho projevů a faktorů, které napomáhají rozvinutí maladaptace.

Aktivizační metody mají za úkol vyvolat proces, pomocí kterého dojde k zapojení klienta do činností, ty následně vedou například k odpoutání od zdravotních problémů, od psychických potíží, od stresových faktorů či jednoduše vyplní volný čas seniora.

4.1 Adaptace

Pojem adaptace definuje Hartl (2009, s. 16) jako „*obecnou vlastnost organismu přizpůsobovat se podmínkám, ve kterých existují*“. Každý jedinec žije v prostředí, kde je vystaven různým zátěžovým situacím. A tak je adaptace otázkou přizpůsobení se jak z hlediska biologického, psychického, ale i sociálního.

Dle mého názoru a zkušeností je adaptace pro seniory náročná, a to zejména z toho důvodu, že se člověk dostává do etapy ztrát. Penzionování, ztráta přátel, životního partnera, zhoršení zdravotního stavu a v neposlední řadě je to i ztráta domova. Na tyto

změny se musí jedinec adaptovat. Haškovcová (2010) uvádí, že i když je adaptace ve stáří snížena, existují rozdíly, kdy se někteří senioři se změnami vyrovnávají sami a u jiných je potřeba intervence z vnějšího okolí. Jak dodává Ondrušová (2011) tyto změny mohou působit jako významný stresor v životě seniora, což může mít za následek rozvinutí deprese.

4.1.1 Fáze adaptace

Odchod seniora ze své domácnosti do institucionální péče je spojen se změnou životního stylu, a proto je adaptace dlouhodobější proces, který je rozdělen na několik fází. V první fázi se senior seznamuje s prostředím, se spolubydlícími, zaměstnanci. Seznamuje se s vlastním chodem zařízení a důležitá stránka této fáze je vytvoření si vlastního soukromí. Ve druhé fázi dochází k intenzivnějšímu navazování kontaktů a také hlubšího poznávání chodu zařízení. Třetí fáze, která v sobě nese riziko sociální izolace seniora a to z toho důvodu, že začínají slábnout vazby a vztahy z „vnějšku“. V poslední čtvrté fázi se senior plně vyrovnává s životem v domově a může se stát podporou pro nově příchozí (Hlaváčová, 2003, s. 157).

4.2 Maladaptace

Maladaptace je nepřizpůsobivost, která se projevuje poruchami chování různého stupně. Toto chování je následek porušené adaptability a neuspokojování důležitých potřeb seniora při interakci se sociálním prostředím (Hartl, 2009, s. 214,299). Řada studií poukazuje na fakt, že větší riziko maladaptace je u krátkodobé ústavní péče, než u trvalé institucionální péče. (Matoušek, 1999, s. 128). Klinický projev adaptačního selhání je znám pod termínem geriatrický maladaptační syndrom, který vyvolává psychosociální stresor. Raná fáze syndromu je provázená úzkostnými stavy, které později mohou přecházet do depresivního stavu, apatie, projevem hostility nebo sebevražedné tendenci. Rizikové faktory maladaptačního syndromu se mohou zrekapitulovat do následujících specifických oblastí:

- Psychická rizika, která se projevují jako stavy zmatenosti, duševní onemocnění, pasivní postoj k životu
- Sociální rizika, u kterých hrozí závislost v podobě na jiné osobě, tedy ztráta soběstačnosti, změna životního stylu, ztráta životního programu
- Biologická rizika zahrnují propuknutí vážného onemocnění, imobilita, inkontinence, hypertenze, obezita (Kalvach, 2004, s. 362).

4.2.1 *Projevy syndromu maladaptace*

Malíková (2011, s. 217) popisuje projevy maladaptace jako bloudění, bezcílné procházení, vyhýbání se očnímu kontaktu, projevy zájmu jen na uspokojení základních životních potřeb, „pěstování“ si chronických obtíží. Uvedené projevy chování mohou být klasifikovány jako nastupující demence a ne jako následek porušení adaptability. Projevy maladaptace se mohou projevovat i tím, že senior aktivuje své obranné mechanismy, jako je neustálé vyžadování pozornosti (Vágnerová, 2007). Pacovský (1994, s. 91), jako další projevy uvádí nespolupráci s personálem, vyhýbání se ostatním obyvatelům, nezájem o okolní dění, odmítání jídla, odmítání zúčastňovat se společenských akcí, absence zájmů. Komplex těchto projevů je důsledkem frustrace z nedostatku anebo lépe řečeno, ze ztráty jistoty a bezpečí. Jedinec, u kterého se maladaptační syndrom projeví je potvrzením a důkazem toho, že nároky svého prostředí zvládá těžce anebo vůbec. Způsobuje tak trápení nejen sám sobě, ale i nezřídka i svému okolí. Světová zdravotnická organizace vymezila šest základních skupin seniorů, kteří spadají do rizikové skupiny, u níž je velká pravděpodobnost výskytu maladaptačního syndromu viz Tabulka 1 (Hrozenská, 2008, s. 83).

Tabulka 1 Rizikové skupiny seniorů s maladaptačním syndromem

1.	Senioři ve velmi vysokém věku
2.	Senioři žijící v jednočlenné domácnosti
3.	Osamělí a bezdětní senioři
4.	Senioři žijící s nějakým handicapem
5.	Starší páry, kde jeden z manželů vážně onemocní
6.	Senior žijící v izolaci s nepříznivou ekonomickou situací

4.2.2 *Faktory podporující maladaptaci*

Jednou z mnoha okolností je ztráta soukromí. Záleží na prostorovém vybavení zařízení, zda umožní seniorovi zachování svého soukromí v podobě jednolůžkového pokoje. V mnoha domovech pro seniory je to ovšem problém téměř neřešitelný, neboť domovy jsou přestavěné ze starých zámečků a technické řešení objektu většinou dovoluje zřízení pokojů jen dvou a více lůžkových. Senior je tak nucen sdílet své soukromí s jinými uživateli zařízení. Dalším faktorem je řada tzv. degeneračních rituálů, kdy je senior nucen uložit si hotovost u personálu s odůvodněním možností ztráty. Přízpusobování se jak režimu, ale i potřebám jiných obyvatel, např. je omezován v rozsvěcování a zhasínání světla, regulaci hlasitosti rádia, volby televizního programu. Za významný faktor

podporující maladaptaci je ovšem nízký počet zaměstnanců, se kterým se potýkají snad všechny zařízení sociálních služeb. Navýšení počtu personálu by jistě napomohlo alespoň ke zmírnění tohoto faktoru, více se věnovat seniorům ohroženým anebo vykazujícím syndrom maladaptace (Matoušek, 1999, S. 122).

Prevence vzniku anebo rozvoje maladaptačního syndromu vychází z Přílohy č. 2 Vyhlášky č. 505/2006 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, kde v standardu č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby je ukotvena pomoc seniorovi na začlenění se do nového prostředí. Matoušek (2010, s. 182) zdůrazňuje jak význam individuálního plánování pro nově příchozího seniora, tak i ustanovení klíčového pracovníka. Mělo by se jednat o osobu, které důvěřuje a která mu z počátku věnuje maximální pozornost.

5. Aktivizace seniorů

Aktivizace, aktivizační programy, aktivity, slova, která se skloňují ve všech pádech a ve všech domovech pro seniory. Je otázkou, jakou kvalitu mají poskytované aktivizační programy. Jako dobrovolník slyším od aktivizačních pracovníků, že „*se musí nějak zabavit*“. A tak vidím většinou ženy, které dělají každý den tu samou činnost a z mého pohledu je to činnost jen pro činnost a nespátřuji naplnění významu slova aktivizace. Dobrovolník při aktivizaci seniorů zprostředkovává informace a styk s okolním světem. Se svým nezaujatým přístupem a pohledem na věc může být důležitou součástí aktivizace seniorů. Ze samotného slova aktivizace, lze vycítit aktivnost, činorodost. „*Aktivizace je specifický způsob intervence do života člověka s cílem uspokojení jeho fyzických, společenských a duchovních potřeb a rozvoje či udržení jeho schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností*“ (Jurečková, 2003, s. 144). Hartl, Hartlová (2009, s. 27) definují aktivizaci jako „*šířeji nespecifické označení úrovně aktivity, činnosti, vybuzení, založené na smyslové, žlázové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti*“. Uvedení do činnosti, povzbuzení k aktivitě, působení něčeho k vyšší účinnosti, tak popisuje aktivizaci Wehner (2013, s. 11). Jurečková (2003, s. 144) vyzdvihuje aktivizaci jako:

- Prevenci patologického chátrání (fyzického, duševního, společenského, duchovního).
- Proces uspokojování fyzických, duševních, společenských, duchovních potřeb.
- Motivaci k životu, radosti, dává životu smysl a hodnotu.
- Schopnost bavit se, mít se z něčeho těšit.

Aktivizace seniorů v užším slova smyslu je zaměřena na osoby se sníženou soběstačností a cílem je zachování soběstačnosti seniora. Aktivizace v širším pojetí je

prezentována jako smysluplné trávení volného času, udržování a rozvíjení pohybových aktivit (Holczerová, Dvořáková, 2013, s. 34). U seniorů, kteří jsou ohroženi maladaptací, může právě aktivizace, jejichž smyslem je podněcovat k činnosti, plnit výrazný preventivní prvek. Osobně jsem přesvědčena, že aktivizace má smysl, ale zároveň souhlasím s názorem prezentovaným Stuartem – Hamiltonem (1999, s. 171), který píše „*Představa davů sociálních pracovníků nutících staré lidi, aby se pro „vlastní dobro“ vmísili mezi ostatní a hráli s nimi společenské hry, není právě přitažlivá*“. Dále připomíná, že záleží mimo jiné i na typu osobnosti seniora, kdy vyhraněný introvert může aktivizace přímo nesnášet.

5.1 Aktivizační pracovník

Aktivizaci v domovech pro seniory by měl vést kvalifikovaný pracovník, ergoterapeut nebo speciální pedagog, který se orientuje v řadě nejrůznějších aktivit (Kalvach, 2004, s. 438). Praxe je ale taková, že jen málo institucí si může dovolit, aby tyto aktivity byly prováděné a organizované ergoterapeutem případně speciálním pedagogem. V mnoha zařízeních aktivizaci provádí sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách. V zákoně o sociálních službách je uveden výčet činností, které vykonává sociální pracovník, mimo jiné i „...*sociální rehabilitaci* ...“ (Zákon č. 108, §109), která je dále specifikována podle vyhlášky č. 505/2006, § 35 odst.) „*výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti: upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*“. Pracovník v sociálních službách mimo jiné činnosti „*vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v ... volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobností, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti*“ (Zákon č. 108, §116). Aktivizace seniora je naplňována prostřednictvím různých forem a druhů aktivizační činnosti a které více přiblížím v následujících podkapitolách.

5.2 Dobrovolníci v aktivizaci seniorů

„*Dobrovolnictví není obětí, ale přirozený projev občanské zralosti. Přináší konkrétní pomoc tomu, kdo ji potřebuje, ale zároveň poskytuje dobrovolníkovi pocit smysluplnosti, je zdrojem nových zkušeností a dovedností, a obohacením v mezilidských vztazích*“ (Tošner, Socanská, 2006, str. 18).

Dobrovolník je osoba, která dobrovolně ve svém volném čase, bez nároků na odměnu koná činnosti ve prospěch jiných lidí. Co do počtu dobrovolníků patří oblast zdravotní

a sociální k nejpočetnější oblasti kde dobrovolníci působí (Tošner, Socanská, 2006, str. 42).

Dobrovolník přináší do zařízení „*nový vítr*“, spontaneitu, potěšení, radost a nové zprávy. Aktivita dobrovolníka je zaměřena na komunikaci a to jak při společenských hrách, na procházce, jako partner při lůžku imobilního seniora, doprovod při nákupech (Novotný, Stará, 2001, str. 19). Přínos dobrovolníka pro seniora tkví v blízkosti, empatii a pozornosti. Z vlastní zkušenosti dobrovolníka vím, jaký pozitivní vliv má na seniora přítomnost dobrovolníka. Je to čas, kdy se někdo zajímá o něj jako o osobu se svým trápením a radostí. Čas, který věnuji seniorům v rámci dobrovolnictví mě naplňuje uspokojením a vždy odcházím s myšlenkou, že mi bylo mezi nimi dobře a těším se na další setkání.

5.3 Formy aktivizací

Aktivizační činnosti lze rozdělovat podle mnoha kritérií, zaměřím se na třídění podle počtu zapojených osob:

- Individuální aktivity jsou zaměřené přímo na to, co senior potřebuje. Mohou být realizované samostatně, případně s podporou pracovníka (např. poslech hudby, rozhlasových her, četba). Podporuje vnitřní prožitek, koncentraci.
- Párová aktivizace je realizována s jedním partnerem (např. procházky, návštěva kulturních akcí, společná práce), kdy partnerem může být životní partner, přítel, sociální pracovník apod. Podporuje komunikaci, mezilidské vztahy, sdílení prožitků.
- Skupinové aktivizace jsou většinou cíleně zaměřené na určitou činnost, nebo zájmy seniorů (např. výtvarná činnost, vzdělávání). Pomáhá sociálnímu začleňování seniora, ale zároveň zachovává identitu jedince, vede k vzájemné podpoře a porozumění.
- Komunitní aktivity se provádějí ve velkých skupinách, které navazují na existující skupinu, žijící v určitém ohraničeném prostoru. Jedná se zejména o kulturní, sportovní akce, společný zpěv. Přínos těchto aktivit je zejména v prožitku společenství (Kalvach a kol., 2004, s. 440).

5.4 Druhy aktivizací

Jednotlivé druhy aktivizací se zaměřují na oblast fyzickou, psychickou, sociální, spirituální, tyto oblasti jsou vzájemně propojeny a nelze je striktně rozdělovat. Jurečková (2003, s. 150) třídí aktivizace podle okruhu uspokojování potřeb:

- Fyzická aktivizace je cílená zejména na nácvik a upevňování pohybových a smyslových schopností, dovedností (pohybová cvičení, chůze, práce ve smyslu ruční práce, výtvarné aktivity, vaření, hudební aktivity, které podporují správné dýchání).
- Psychická aktivizace je naměřená na nácvik a upevňování psychických schopností (vzdělávání seniorů, cvičení paměti, relaxace).
- Sociální aktivizace posiluje, upevňuje sociální schopnosti a dovednosti (kontakt s jinými lidmi na společenských aktivitách, spolupráce na činnosti, upevňuje pocit uznání, užitečnosti).
- Spirituální aktivizace vychází z potřeby nalezení smyslu života, sebevědomí, ale i z potřeby víry (návštěva bohoslužeb, rozhovor s duchovním).

V následujících podkapitolách se budu věnovat jen některým aktivizačním metodám, které správným načasováním mohou předejít projevům syndromu maladaptace u rizikové skupiny seniorů. Budu vycházet z předešlé podkapitoly, která třídí aktivizace podle okruhu uspokojování potřeb. Je třeba ale zdůraznit, že aktivizační metody se prolínají, doplňují, a každá metoda v sobě nese prvky psychické podpory, která je základem k spokojenému životu seniora.

5.5 Pohybová aktivizace

Pohybová aktivita bývá u seniorů potlačena, ať už z důvodu zhoršujícího se zdravotního stavu nebo z důvodu odchodu do rezidenční péče. Přitom patřičná pohybová aktivita by měla být součástí každodenních pohybových aktivit (Veleta, Holmerová, 2007, s. 7- 14). Uvádějí celou řadu pozitiv pohybové aktivity: snižování mortality, morbidity, rizika úrazů, zlepšení duševního zdraví, svalové síly, nálady atd. Autoři, a jistě s nimi lze jen souhlasit, považují za nejpřirozenější formu pohybu chůzi. Motivaci k vycházkám lze docílit stanovením zajímavého cíle (kulturní památka, zajímavé místa v okolí, příroda).

Jednou z pohybových aktivit je tanec, jehož záměrem je rozvíjení psychomotorického vývoje, odstraňování bloků nejen v pohybu, ale i v chování a v neposlední řadě jde o vyjadřování emocí. Její klad spočívá v tom, že je vhodná pro všechny věkové skupiny

a v dnešní době se úspěšně využívá i u seniorů na invalidním vozíku. Hudba, rytmus motivují seniora k pohybu a tím umožňují překonávat fyzické i psychické bariéry. Nezanedbatelný je i aspekt sociální integrace seniora (Štílec, 2003, s. 18-19).

5.6 Reminiscence

Při své dobrovolnické činnosti v zařízení pro seniory se v rámci aktivizačních činností setkávám i s nově přichozími klienty. Každý kdo poprvé přijde na aktivity, vzpomíná. Vzpomínky na svůj život, lidi, na práci, na předměty které jej obklopovali, jsou důležitým stmelujícím prvkem při začleňování do nových sociálních sítí. Jak uvádí Janečková, Vacková (2010, s. 23) je ovšem třeba rozlišovat mezi reminiscencí jako aktivitou a reminiscencí jako terapií. Reminiscence znamená vzpomínání a je definováno jako *„hlasité nebo tiché vybavování si události ze života člověka, které se uskutečňuje buďto o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí“* (Woods in Janečková, Vacková, 2010, s. 21). Bolomská, Špatenková (2011, s. 11-14) také rozlišují v reminiscenci mezi terapií, tedy vztah terapeut - klient a práci se vzpomínkami, která má také terapeutický efekt. Bender (in Bolomská, Špatenková, 2011, s. 31) zmiňuje prvky reminiscence, které ovlivňují tento efekt – větší otevřenost v komunikaci, pocit přijetí skupinou, pozorování ostatních, altruismus vůči ostatním. Odstranění bariér, sociální začleňování a přiblížit lidi k sobě spojit společnými vzpomínkami je jedním z cílů narativního přístupu v reminiscenci. Smyslem je mimo jiné i nastolení psychické pohody, poskytnutí příležitosti pro sebevyjádření (Janečková, Vacková, 2010, s. 23). Reminiscence jako jedna z nejméně využívaných metod má pozitivní vliv na adaptaci seniora. Dovolím si tvrdit, že je to ústřední prvek při začleňování seniora do nového prostředí. I když jen výjimečně spojuje některé klienty společná historie (spolužáci, spolupracovníci), doba, v které žili, vychovávali děti, je stejná a tato doba je tou pověstní červenou nitkou, na kterou se dá navázat kontakt.

5.7 Ergoterapie

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem všech věkových skupin jak s fyzickým, psychickým tak i intelektuálním postižením omezující jejich soběstačnost, samostatnost. Cílem je umožnit jedinci zapojení do činností, které jsou důležité pro jeho osobu a tím minimalizovat riziko sociální izolace. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 12). Tyto cíle se v ergoterapii pohybují v několika rovinách: rozvoj dovedností pro vykonávání úkolů, zapojení se do aktivit a umožnění

sociálního začlenění. Tradiční řemesla a výtvarné činnosti jsou spjaté s ergoterapií od jejího začátku. Potřeba seberealizace se realizuje mimo jiné i tvořením, kdy si touto činností vytváříme příjemný domov, uvařením dobrého jídla, zhotovením krásného předmětu. Při plánování činnosti není objektiv zaměřen jen na produkt, ale i na proces samotné tvorby. Prováděním těchto činností se zároveň trénují i potřebné dovednosti v přirozeném kontextu (hnětením hmoty se trénuje jemná motorika, síla prstů). Pro seniory jsou zejména rukodělné aktivity přirozenou činností (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 223-225), které mohou navázat na dřívější zájem seniora. Pomocí ergoterapie může klient pokračovat v činnostech, které mu dělaly radost anebo se pomocí jiných technik naučit něco nového a tím jej zapojit do života v domově.

5.8 Muzikoterapie

Muzikoterapie je expresivní terapií a stejně jako i jiné expresivní terapie ji můžeme obecně rozdělit na techniky aktivizační (aktivní zapojení klienta) a receptivní (pasivní účast klienta). (Müller, 2014, s. 269). Cílem při aktivizaci seniorů je především posílení a podpora jejich sebevědomí, smysluplné trávení volného času, uvolnění emocí, které způsobují stres. Hudba má vliv na fyziologické procesy (činnost srdce, metabolismus, respirace), kognitivní funkce (vnímání, soustředění, paměť), sociální kontakt (začlenění se do skupiny), komunikační schopnosti (vybavení si textů písní, lepší výslovnost, slovní zásoba) (Suchá, Jindrová, Hátlová, 2013, s. 115). Účast seniorů na různých společenských akcích je spjata právě s hudbou, zpěvem. Tato participace smysluplně vyplňuje volný čas, zprostředkovává sociální kontakty, dává příležitost k sebevyjádření a hlavně přináší radost. Obdobně i „pasivní“ účast, jako je poslech reprodukované hudby poskytuje emoční a sociální přínos.

5.9 Animoterapie

Animoterapie nebo také zooterapie je metoda, která využívá zvířete jako léčebného a relaxačního prostředku pro člověka. Mezi člověkem a zvířetem již od nepaměti existuje vzájemný vztah a zvláště u starých a nemocných lidí navozují živé tvorové pozitivní reakce a v nemalé míře také zkvalitňují život. Přítomnost zvířat v domovech pro seniory tlumí potíže s adaptačním stresem nově přichozích klientů (Nerandžič, 2006, s. 15 – 17).

Animoterapie můžeme rozdělit na dvě hlavní metody, podle využití zvířete:

- Aktivity za asistence zvířat (Animal assisted activities, AAA), metoda, která je motivační, relaxační, zlepšuje kvalitu života.

- Terapie za asistence zvířat (Animal assisted therapy, AAT), která je cíleně zaměřená intervence k podpoře tělesných, sociálních, kognitivních schopností člověka (Galajdová, Galajdová, 2011, s. 95 – 98).

Animoterapii dělíme podle druhu zvířete, které je k této terapii využíváno např. hipoterapii (kůň), ornitoterapii (papoušek), canisterapii (pes), felinoterapii (kočka). K animoterapii lze využívat přímo zaměřených a vyškolených týmu pro tuto činnost anebo, v poslední době hojně využíváno, že zvíře natrvalo žije v zařízení.

5.9.1 Canisterapie

Základní myšlenkou canisterapie je probuzení samoléčebných schopností člověka. Využívá se jako podpůrný prostředek u řady nemocí, se zaměřením na mnohé cílové skupiny (Nerandžič, 2006, s. 34). Galajdová (2011, s. 15) nazývá tuto terapii jako „*léčbu pomocí psa*“, která ovlivňuje vjemy člověka a ze zdravotního hlediska vyrovnává krevní tlak, zklidňuje srdce, uvolňuje napětí, odbourává stres.

Při příchodu do zařízení si senior může vzít alespoň pár věcí ze svého původního domova. Někdy je to kus nábytku, zcela určitě jsou to fotografie, obrazy, drobné předměty, které oživují vzpomínky. Co si ale nesmí vzít je jeho společník, kamarád, jeho pes. A když přijde v rámci canisterapie do zařízení pes, je důvod si o čem povídat, ožíví se vzpomínky, navazování kontaktů je snazší. Pes žádá pozornost, nechá se pohladit, olizuje ruce a senior opět pomocí doteku oživuje vzpomínky a těší se z pouhé přítomnosti psa. Pes nepředstírá soucit, nezávidí, nevyčítá, nezáleží mu na tom, jak kdo vypadá. Pes nabízí nezištné přátelství, lásku, pocit vzájemné potřeby (Galajdová, 2011, s. 31).

5.9.2 Felinoterapie

Felinoterapie není tak atraktivní jako Canisterapie, ale její vliv je daleko větší než by se mohlo zdát. Jako podpůrná metoda je ideální ke zmírnění stresu, neklidu, mírnění důsledku postižení, zlepšení komunikace s okolím. Přítomnost kočky v zařízení má vliv jak na klienty, tak i na personál u kterého zmírňuje příznaky syndromu vyhoření a zlepšuje mezilidské vztahy. Kočka je nenáročná na péči, snadno se přizpůsobí dennímu režimu člověka. Strádání v oblasti dotykové a hmatové komunikace, tzv. haptická deprivace je zmírňována prostřednictvím hebké a měkké srsti kočky. Oproti psům mají kočky mnohem vyrovnanější povahu a také jsou komunikativnější (Nerandžič, 2006, s. 77 - 76). V článku „Zelená pro felinoterapii“ autorka píše, jak obtížné bylo před časem najít zařízení, kde se tato forma terapie využívá. V současné době se situace zlepšuje zásluhou lidí, kteří se této

činnosti věnují a narůstá tak nabídka této terapie. Jak autorka uvádí, je řada výzkumu které dokazují objektivní přínosy pro člověka (redukce stresu, fyzické zklidnění, uvolňování „příjemných“ pocitů, tedy oxytocinu, serotoninu, endorfinů). Ne každý klient má vztah k daleko častěji využívané canisterapii a mají bližší vztah ke kočce, která je daleko klidnější, je lehká, dá se chovat na klíně a sama vyhledává kontakt s člověkem.

5.10 Smyslová aktivizace

Pojem smyslová aktivizace lze chápat jako „*vedení do pohybu*“ a to za pomoci veškerých smyslů. Veškeré podněty, které mozek zpracovává, přicházejí prostřednictvím smyslových orgánů. Smysly člověka tedy poskytují nesčetné možnosti pro smyslovou aktivizaci. Cílem smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální činnosti. Toto široké pojetí cílů v sobě obsahuje např.: aktivizace pohybového aparátu, orientace v interiéru i exteriéru, hmatová, zraková, čichová, sluchová, chuťová aktivizace, koordinace očí – ruce, zručnost, včlenění do skupiny, duševní a duchovní pohodu, podpora motivace klienta atd. (Wehner, 2013, s. 11- 12).

Základním východiskem konceptu smyslové aktivizace je pojetí člověka jako celku, tedy všech jeho úrovní biologické, psychické, duchovní a nelze opomenout žádnou z nich, protože narušení jedné oblasti může vést k narušení oblasti druhé. Uvedené úrovně nepůsobí jen ve vzájemných vazbách, ale také ve vzájemném kontextu k prostoru (kde člověk vyrůstal, žil) a času (vztah minulost-přítomnost-budoucnost). Základna smyslové aktivizace má opěrné body ve čtyřech pilířích úspěšného setkávání s lidmi:

- Kontakt, který je vyjádřen pozdravením a podáním ruky. Podáním ruky se lidé zdraví a vyjadřují si vzájemnou úctu. Opravdový zájem je vyjádřen v síle stisku, ale z této síly můžeme někdy vyčíst i povahové a charakterové rysy lidí.
- Emocionální podpora, opravdově se zajímat o život člověka. Tento zájem musí být opravdový, neboť stárnoucí člověk je velmi citlivý a má schopnost rozlišit mezi opravdovým a předstíraným zájmem.
- Komunikace, každé jednání musí být doprovázeno slovem. Verbální komunikací udržujeme pozornost, upevňujeme vazby mezi sebou. V neverbální rovině, jako je mimika, dotek, tón hlasu také vyjadřujeme svoji účast a opravdový zájem.
- Nedělitelná pozornost, oční kontakt, který odhalí strach, úzkost, bolest (Vojtová, 2014, s. 11).

Do této krátkodobé smyslové aktivizace se zapojují všichni pracovníci pečujícího týmu, čímž se vytvářejí vztahy a tím i základ pro vysokou kvalitu života seniora. Doba aktivizace

se pohybuje do deseti minut a nevyžaduje žádné speciální předměty (Wehner, 2013, s. 17). Předměty využívané u smyslové aktivizace se nacházejí jak u samotných klientů, fotografie, obrázky, suvenýry, lze využít staré předměty, šicí stroj, kuchyňské nádobí, tak i v okolí. Využívají se zejména přírodní materiály, které souvisí s aktuálním ročním obdobím. Aktivizaci lze uskutečňovat individuálně zaměřenou a to v čase běžné asistované péče (oblékání, stravování, péče o tělo) anebo ve skupině, kde hlavní téma je koncipováno podle ročního období a posléze jsou rozpracována dílčí podtémata na cílené zaměření aktivizace, např. motogeragogika, Montessori, práce s biografií (Vojtová, 2014, s. 12).

6. Empirická část

V této kapitole jsem popsala cíl empirického šetření, jeho zdůvodnění a stanovila jsem dílčí výzkumné otázky.

6.1. Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Důvod, proč jsem si vybrala téma aktivizační metody a syndrom maladaptace je takový, že jako dobrovolník se v Domově pro seniory setkávám i s nově příchozími klienty, u kterých se vyskytly příznaky maladaptčního syndromu. Jako prevenci proti tomuto symptomu spatřuji ve využívání aktivizačních metod (činností), které mohou zmírnit stresovou situaci vyvolanou příchodem do nového prostředí. Stuart-Hamilton (1999, s. 170-171) uvádí, že pro seniory, kteří se zapojují do společenských aktivit je životní spokojenost na nejvyšší úrovni. Na tuto spokojenost ovšem působí řada faktorů, jako je zdravotní stav, typ osobnosti anebo jak uvádí Pacovský (1999, s. 84) změna prostředí, díky které je senior vystavován stresové situaci. Následné projevy se mohou objevit ve dvou rovinách - v adaptaci anebo v maladaptaci. Matoušek (2010, s. 182) sděluje, že při příchodu do zařízení, je důležité podpořit seniora v navazování nových kontaktů, v příležitosti vykonávat smysluplné aktivity s ohledem na dosavadní životní styl a zájmy seniora.

Cílem mého empirického šetření je **zjistit, zda aktivizační metody napomáhají předcházení syndromu maladaptace u seniorů**. K dosažení tohoto cíle jsem stanovila výzkumné otázky:

- Hlavní výzkumná otázka:

Napomáhají aktivizační metody předcházet syndromu maladaptace u seniorů v rezidenční péči?

- Dílčí výzkumná otázka č. 1:

Lze dřívější zájmy seniorů v pobytové sociální službě s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod?

- Dílčí výzkumná otázka 2:

Pomáhají používané aktivizační metody eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace?

7. Metodologie

V této kapitole je popsán postup realizovaného empirického šetření. Popisuji strategii výzkumu, výzkumný soubor, charakteristiku Domova pro seniory, metodu sběru dat, etickou stránku výzkumu, organizaci výzkumu, přípravu a analýzu dat a následně interpretaci výsledků. Odůvodním, proč jsem tento postup zvolila a doložím jej fakty z odborné literatury.

7.1. Výzkumná strategie

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila kvalitativní výzkum, který Disman (2002, s. 285) definuje jako „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality*“. Gavora (2010, s. 181) popisuje kvalitativní výzkum jako intenzivní a výzkumník v něm zaznamenává vše, co se v daném prostředí odehrává. Jak dále uvádějí Švaříček, Šedová (2014, s. 18), kvalitativní výzkum je založen na různém pojetí vztahů a pojmů tak jak jej chápou aktéři sociální reality. V mém výzkumu jsou samotní aktéři senioři v rezidenční péči, kteří mohou být ohroženi syndromem maladaptace. Proto mou snahou bylo, zjistit spojitosti mezi používanými aktivizačními metodami a tím i předcházení projevům maladaptčního syndromu.

7.2. Výzkumný soubor

Vymezení základního souboru je primárním krokem před výběrem vzorků. Základní soubor je množina jednotek, kterých se zkoumání týká a na které se mají vztahovat jeho výsledky. Ve skutečnosti se může jednat o tak velké množství jednotek, kde není možné technicky se zabývat každou jednotkou. Z toho důvodu si ze základního souboru jednotek vybereme množinu subjektů, které budou zastupovat tento základní soubor a nazýváme jej výzkumným souborem (Reichl, 2009, s. 76). Pro svůj výzkum jsem si zvolila záměrný výběr, který je, jak píše Gavora (2010, s. 183 - 184) nezbytný z toho důvodu, že subjekty účastné na výzkumu mají potřebné poznatky a zkušenosti z daného prostředí a mohou

podat rozsáhlý a pravdivý obraz. V kvalitativním výzkumu se pozornost soustředí na méně případů a tím se docílí intenzivnějšího a hlubšího zkoumání.

Subjekty (respondenty) do výzkumného souboru jsem tedy vybírala podle následujících kritérií:

- respondent je klientem vybraného Domova pro seniory,
- doba jeho pobytu v zařízení nesmí překročit hranici jednoho roku
- je zapojen do aktivizačních programů.

Respondenti byli vybráni podle doporučení aktivizační pracovnice a všichni splňovali kritéria pro výzkum. Výzkumu se zúčastnilo osm žen a dva muži. Tento nepoměr je odůvodněn tím, že do aktivizačních metod se více zapojují ženy než muži, což může být dáno i převahou žen-klientek v zařízení. Pro zachování anonymity jsem respondenty označila pouze písmenem a pořadovým číslem (M-muži, Ž-ženy). Pro lepší přehlednost uvádím v následující Tabulce 2 základní údaje o respondentech.

Tabulka 2 Rozdělení respondentů a jejich základní údaje

Respondent	Věk	Doba pobytu (měsíce)
Ž1	71	8
Ž2	80	12
Ž3	65	12
M1	83	9
Ž4	80	12
Ž5	75	5
M2	67	5
Ž6	75	12
Ž7	83	3
Ž8	68	11

7.3. Charakteristika Domova pro seniory

Domov pro seniory poskytuje sociální služby „*osobám starším 60 let, které vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu nemohou dlouhodobě zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí, ani za pomoci dostupných terénních sociálních služeb*“ (Sociální služby Vyškov, [on-line]). Zřizovatelem zařízení je Jihomoravský kraj a nachází se v okrajové části města, kapacita je 159 osob. Zařízení je koncipováno jako dvě budovy panelové zástavby. Obě budovy využívají společnou jídelnu, společenskou místnost a kulturní místnost vybavenou knihovnou a společenskými hrami. V jedné z budov je k dispozici celé patro na aktivizační činnosti. Ta je rozdělena na několik místností, ve kterých se realizují aktivizační programy. Součástí areálu je zahrada, která plní funkci jak okrasnou, tak i užitkovou. Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti zabezpečují

personálně následující pracovnice: 1 vedoucí sociálního úseku, 3 sociální pracovnice, 13 pracovníků v sociálních službách - základní výchovná nepedagogická činnost.

Aktivizace seniorů vychází z individuálního plánování, na kterém se spolu se seniorem podílí sociální pracovník, klíčový pracovník, pracovníci v přímé obslužné péči a aktivizační pracovník, který na tomto základě vytváří programy a činnosti pro konkrétního klienta. Nabídka aktivizačních činností v Domově pro seniory je následující:

- denní nácvik soběstačnosti při běžných činnostech - sebeobsluha,
- cvičení s fyzioterapeutkou,
- tanec v sedě,
- práce v textilní dílně (šití, pletení, vyšívání),
- práce v rukodělné a keramické dílně,
- cvičení paměti,
- canisterapie (zprostředkovaná aktivizace).

7.4. Etická stránka výzkumu

Etická stránka výzkumu souvisí s obecnými principy, ty jsou formulovány ve formě etických zásad chování. Etické zásady jsou vyjádřené v obecné rovině následujících principů:

- Důvěrnost, ubezpečení všech účastníků o zachování důvěrnosti. Základním požadavkem je, aby nedošlo k žádné újmě účastníků výzkumu.
- Poučený souhlas, kdy zaznamenáním tohoto souhlasu (vyplněný formulář, audionahrávka) respondenti potvrzují svoji dobrovolnost na výzkumu.
- Zpřístupnění práce účastníkům výzkumu (Švaříček, Šed'ová 2014, s. 43-49).

V celém procesu výzkumu jsem dodržela etická pravidla. Princip důvěrnosti jsem naplnila tím, že účastníci výzkumu byli obeznámeni s cílem výzkumu a byla jim zaručena anonymita. Souhlas účastníků výzkumu byl zdokumentován, čímž byl naplněn princip souhlasu. Vzhledem k tomu, že bakalářská práce je přístupná, mohou se účastníci kdykoliv po jejím zveřejnění seznámit s výsledky výzkumu. Protože účastníci výzkumu nedisponují potřebnými znalostmi v oblasti informačních technologií, přislíbila jsem, že v případě zájmu je osobně s těmito výsledky seznámím.

7.5. Metoda sběru dat

V kvalitativním výzkumu se data shromažďují pomocí dotazování, pozorování a sběrů dokumentů (Švaříček, Šedřová 2014, s. 142). Pro potřeby svého výzkumu jsem si z tohoto souboru vybrala polostrukturovaný rozhovor, který podle Hendla (2005, s. 164) využívá řadu otázek nebo témat, které je možné v průběhu rozhovoru přizpůsobit a rozšiřovat o další otázky. Tím je ponechána volnost upravovat formulace otázek podle situace. Reichl (2009, s. 111) upřesňuje, že i když polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připraveného seznamu otázek, nemusí být toto pořadí otázek dodrženo.

Připravila jsem si devět otázek, které jsem pokládala respondentům, pořadí otázek jsem operativně měnila podle situace a případně doplňovala o upřesnění odpovědi.

Otázky použité během výzkumu:

- Z jakého prostředí jste přišel/přišla do domova pro seniory?
- Jaké záliby jste měl/měla před odchodem do domova pro seniory?
- Můžete zde realizovat své zájmy (koníčky)?
- Chybí Vám zde nějaké aktivity, činnosti, kterým byste se rád/a věnoval/a?
- Proč jste začal/la chodit do dílen, na taneční a hudební odpoledne?
- Když se věnujete nějaké činnosti, jste raději sám/sama, nebo ve společnosti ostatních?
- Pokud jste raději sám/sama, při jaké je to činnosti? A proč?
- Myslíte si, že i díky těmto činnostem jste si lépe zvykl/a v domově?
- Co Vás na nich nejvíce baví?

7.6. Organizace výzkumu

Výzkum jsem prováděla v Domově pro seniory, s 10 respondenty tohoto zařízení. Samotné rozhovory proběhly v rozmezí února a března roku 2018. V osmi případech se rozhovor uskutečnil v aktivizační místnosti, a každý jednotlivý rozhovor probíhal bez účasti jiných osob. Ve dvou případech rozhovor proběhl na pokojích respondentů. Snažila jsem se, aby rozhovor probíhal v uvolněné atmosféře a ujistila respondenty o anonymitě jejich odpovědí a o svoji mlčenlivosti. Délku jednotlivých rozhovorů jsem se snažila udržet v rozmezí 20-30 minut a tento limit jsem výrazně nepřekročila.

7.7. Příprava a analýza dat

Následujícím krokem k zpracování získaných dat je podle Hendla (2005, s. 207- 208) tento materiál optimálně zachytit. Jednou z technik k zachycení získaných dat je doslovná

transkripce, kdy se mluvený projev převede do písemné podoby. Jako první krok v analýze dat, jsem zaznamenané rozhovory z mobilního telefonu přepsala do textové podoby technikou doslovní transkripce.

Dle Švaříčka a Šedové (2014, s. 207) je kvalitativní výzkum specifický ve způsobu zacházení se získanými daty, které jsou většinou ve formě textu, a posléze jsou tyto surová data podrobená systematické analýze a interpretaci. Kvalitativní analýza vyžaduje od výzkumníka cvik získat data smysluplným a efektivním způsobem a tím získat odpověď na položenou výzkumnou otázku (Hendl, 2005, s. 223, 225).

Jako základ pro analýzu dat jsem zvolila otevřené kódování, které jak popisuje Švaříček a Šedová (2014, s. 211-111) „*je univerzálním a velmi efektivním způsobem*“ analýzy dat. Dále autoři popisují způsob analýzy textu. Nejdříve se analyzovaný text rozdělí na jednotky, přičemž jednotkou může být slovo, věta a posléze ke každé vzniklé jednotce přidělíme určitý kód.

Každý přepsaný rozhovor jsem důkladně přečetla, přičemž jsem hledala významové jednotky, které jsem si označila, a podle významové shody jsem vytvořila kódy, které jsem následně přiřadila k jednotlivým kategoriím.

8. Interpretace dat

K interpretaci získaných dat jsem použila techniku „*Vyložení karet*“, kterou Švaříček a Šedová (2014, s. 226) popisují tak, že kategorie vzniklé otevřeným kódováním se uspořádají do obrazce či linky. Na základě tohoto uspořádání se sestaví text tak, aby byl převyprávěn obsah jednotlivých kategorií.

8.1. Lze dřívější zájmy (nejen koníčky) seniorů v pobytové sociální službě s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod?

Hlavní identifikované kategorie, které vplynuly z analýzy dat této otázky, jsou následující:

- aktivita pracovní,
- aktivita tvůrčí,
- aktivita kulturní.

Tyto kategorie zahrnují oblast takových dat, které naplňovaly potřebu seberealizace seniorů před nástupem do zařízení. Tyto kategorie jsem řadila podle aktivit, které souvisely s činnostmi zabezpečujícími rodinu, domácnost, péči o členy rodiny a posléze aktivitami oddechovými. Hlavní kategorii jsem roztřídila do nižších celků.

8.2. Aktivita pracovní

Pracovní aktivita byla u většiny respondentů důležitou činností, mimo zaměstnání, která vyplňovala zbytek jejich dne. Řadu zájmů a činností můžeme zařadit do pracovních aktivit, které zabezpečovaly rodinu a chod domácnosti. Pracovní aktivity dávaly seniorům smysl, pocit uznání a ocenění.

a) Dům

Pět respondentů z deseti mělo původní bydliště na vesnici, kde také prožili převážnou část svého života a tomu odpovídá i činnost, které se věnovali, „...byla pořád práce kolem chalupy“ (M2), „Kolem baráku bylo vždycky hodně práce“ (Ž7).

V současné době, ani jeden z respondentů neprojevil zájem navázat na dřívější aktivity v podkategorii „Dům“. Zařízení neposkytuje žádné aktivity, které by mohly navázat na aktivity tohoto typu.

b) Příroda

Práce spojená s půdou a přírodou byla u tří respondentů z deseti popisována jak v rovině příjemného prožitku „Chodili jsme do lesa na dřevo, na hříbky, na jahody. Tam nám bylo dobře.“ (Ž2), tak i krásy „Kvítko jsem pěstovala, měla jsem malou zahrádku...a taky za oknem jsem měla kvítka. Na zahradě jsme měla růže, lilie,... to byla krása, když to rozkvetlo.“ (Ž8), „Zahrádka, před domem mám okrasnou zahrádku, takovou malou“. (Ž4). Jeden respondent se vyjádřil o této aktivitě přímo jako o zálibě „Mé záliby ..., ale rád jsem houbařil.“ (M2). Zahrádka byla u dvou respondentů vnímána jako zdroj užítku pro rodinu, „Sem pěstovala kytky, hlavně bylinky jak do kuchyně, ale více pro zdraví.“ (Ž1), „Pěstovala sem zeleninu a trochu nějaké kytky. Řeknu vám, co my se nachodili na erteple, mna tak vždycky ruce pálely, ale co sem měla dělat. Už su ráda, že nemusím, ale ty kytky to bych eště zastala.“ (Ž7). Jeden respondent vnímal tuto aktivitu jako práci „...a drobné práce na zahradě. Jestli to tak můžu říct, no hrabání listí.“ (Ž5).

Z aktivit přiřazených v subkapitole „Příroda“, pouze dva respondenti se věnují i nadále své činnosti, kterou provozovali dříve „Jo, mám tady svou třezalku“ (Ž1), „Starám se o kytky na našem patře, až budete odcházet všimnete si, jak mi pěkně kvetou fialky.“ (Ž7). Jeden respondent konstatoval, že „Zahrádka tu není“ (Ž8), ale jako odpověď při doplňující otázce, byly uvedeny bariéry, proč se nemůže nadále věnovat této činnosti, „Ale já nemůžu na ty nohy, a oči.“ (Ž8). Jeden respondent uvedl, že mu chybí absence dvou dřívějších zájmů „Houbaření“ (M2), „Chybí mi tady lesy, ... ale ty lesy mi tady hodně chybí.“ (M2),

přičemž si dokázal i přes silné strádání najít alternativu k této aktivitě „...*tak chodím tady po okolí...*“ (M2).

c) *Zvířata*

Pět respondentů zahrnuje do své činnosti v rámci pracovní aktivity, i chov zvířat, která byla z jednoho pohledu činnost povinná. „*No ale nejprve se musel dobytek obstarat.*“ (Ž8), „*Jak sem spomínala, byly krávy, prasata, a pořád dokola*“ (Ž7), anebo byla přenechána jinému členu domácnosti. „*Můj muž se staral o velké zvířata, já se toho bála.*“ (Ž5). Osobně se o zvířata starali respondenti, kteří považovali tuto práci jako zabezpečení rodiny, tedy pocit odpovědnosti postarat se o rodinu, zabezpečit ji „...*a choval jsem ovečky, prasátko, slepičky a jednu kozenku.*“ (M2), „...*, a dvorek, tam mám zasejk slepice a králičárnu mám v rohu.*“ (Ž4), „...*a taky byly slepice.*“ (Ž5). Pouze u jednoho respondenta bylo o zvíře pečováno jako o společníka. „*Starání se o pejska ...*“ (Ž5).

Dva respondenti z deseti uvedli, že jim nějakým způsobem chybí zvíře. V jednom případě je to čistě z praktických důvodů „*Prase mi tady chybí, šak by se mohlo vykrmit, víte co je tady zbytků, já si toho všímám.*“ (M2), a v jiném směru si to klient vynahrazuje jiným způsobem, a s jiným zvířetem, než o které se dříve staral. „*Nejvíc se tady věnuji kočce*“ (M2). Jeden respondent mluvil o svém společníkovi se smutkem „*Psa sem si nemohla vzít, pořád za ním tesknu.*“ (Ž5).

8.3. *Aktivita tvůrčí*

Vzhledem k tomu, že z deseti respondentů bylo osm žen, tvůrčí aktivita se omezila na ruční práce, zastoupené zejména pletením a šitím. Tři respondenti se věnovali této činnosti a měli charakter ne jen užitku „*Na dcery jsem hodně šila, to víte tehdá byla bída.*“ (Ž4), „*Já tu svoji holku oblíkala do pleteného od hlavy až k patě.*“ (Ž6), „...*a taky sem pletla na děcká*“ (Ž7), ale je spojena i se seberealizací „*Vždycky mna bavilo šití*“ (Ž4), „*Ráda sem ... pletla*“ (Ž6), „*Bavilo mna vyšívání*“ ... (Ž7).

V zařízení se i nadále věnuje tvůrčí činnosti navazující na původní zájem „*No a to pletení, to si vezmu nahoru... a já pletu.*“ (Ž6), „*Chodím tady s holkama vyšívat nahoru.*“ (Ž7). Jeden respondent pohlíží na tuto činnost čistě z praktického hlediska „*Co jsem tady tak jsem hodně vhodila, tak bych si mohla i něco zabrat, víte. Oči mi slůži, tak bych si mohla lecos opravit. Navrchu mají šicí stroj, a to si tady doma (na pokoji) nachystám, co chcu zabrat a tam si to zašiju. ... A to mi stačí.*“ (Ž4). Dva respondenti se nadále této činnosti věnovali i z pocitu užitečnosti „...*a taky když někdo chce tak i na halenku, ale to se tedka moc nenosí, ale teď jsem dodělala košilku vyšila sem na ni*“

monogram ... (Ž7), „Dcera má syna a někdy mu něco upletu.“ (Ž6). U jednoho respondenta se tato činnost stala novou a věnuje se jí „štrikování, vyšívání ... (Ž5). Jeden respondent z mužského osazenstva si vyzkoušel „...i tkát, jako dítě si pamatuji, že jsme doma tkali koberce“ (M2) a i když jak říká „Ruce už moc neslůži.“, přesto se mu tato aktivita líbila „Celkem se mi to podobalo“ (M2).

8.4. Aktivita kulturní

Mezi aktivity kulturní jsem zařadila ty činnosti, kterými si senioři vyplňovali svůj volný čas a utváření nových společenských sítí.

a) Zpěv

Dva respondenti uvedli v rozhovoru jako svoji oblíbenou činnost zpěv, hudbu. „Mám ráda dechovku.“ (Ž4), „V mládí jsem zpívala ve sboru v kostele.“ (Ž2).

Tři z deseti respondentů odpověděli, že zpěv a muzika se jim líbí a vyhledávají ji „A ta muzika..., Zpěv se mi líbil ... To si vzpomínám na písničky a je to pěkné.“ (Ž4), „Jak se spívá, to je moje.“ (Ž2) a zvláště si cení, pokud je zpěv spojen s přítomností mladší generace „Ty děcka se mi líbily, jak byly na té besídce, to jsem i já s nimi zazpívala.“ (Ž7). Ovšem někdy je kvalita podle jednoho respondenta nízká „Nějaký pán učitel tady byl a ještě s jedním, ale ten falešně zpíval.“ (Ž2). Frekvence pěveckých vystoupení je poměrně nízká „a to zpívání je jen někdy“ (Ž2), zato atraktivita je patrně velká, a přiláká spoustu zájemců „...a to je plná jídelna. Když je to zpívání, tak i ty lazary tady vstanou a dou se podívat a zaspívat.“ (Ž2). Dva respondenti uvedli, že zdravotní indispozice jim brání v plném prožití této činnosti „...ale bylo to moc silné a to mi nedělá dobře. Musí být nahlas, protože někdo špatně slyší, ale mně to opravdu nedělá dobře.“ (Ž4), „I to zpívání se mě líbilo, ale zase ten kašel.“ (Ž8).

b) Knihovna a trafika

Četba knih i časopisů poskytuje seniorům duševní „potravu“ a také kontakt s okolním světem. Tři respondenti z deseti se věnovali této vysoce individuální činnosti. „Ráda jsem si četla“ (Ž6), „Četla jsem časopisy. Blesk, Chvilku pro tebe, Meduňka“ (Ž1), „Doma mám ve skříni tolik knížek. Měl jsem rád detektivky a kovbojky“ (M1). Jeden z respondentů se aktivně věnoval luštění křížovek „Luštil jsem křížovky.“ (M1).

Pět respondentů z deseti se věnuje četbě, to je o dva respondenty více jako těch, kteří se jí věnovali z dřívějšího. „a pořád si tady čtu svoje časopisy.“ (Ž1), „...to já si v klidu čtu ty své romány.“ (Ž6), „Někdy si půjčím knížku“ (Ž3). Pouze jeden respondent uvedl, že

knížky už nečte „ knížku už ne. Já už nemám tu pamět, ale trénuji ji na křížovkách“ (M1), ale je pozitivní, že i nadále zůstal věrný alespoň „Luštím tady ty všelijaké křížovky“ (M1). Co se týče přístupu ke knížkám je knihovna jediným zdrojem „Chodím do knihovny, ... Půjčím si hlavně ty zamilované a to mám o zábavu postarané,“ (Ž6). „...si půjčím knížku“ (Ž3), naproti tomu jsou časopisy dostupnější a více pojímané jako oběživo „ta paní z toho pokoje na konci chodby, ... mi donesla tady ty časopisy. Prý ich má hodně, ... a že mají se jí tam jen tak válet, tak mi ich donesla.“ (Ž4). Kvůli zdravotní indispozici jeden respondent využívá individuální čtení od personálu „a ráda poslucham sestřičku když čte, máme rozečtený román.“ (Ž2).

c) Divadlo a televize

Pouze jeden respondent uvedl divadlo jako svůj velký koníček „Ráda jsem chodila do divadla. „...ale jak říkám divadlo, to jsme si s manželem neodpustili“ (Ž3). Dva respondenti mezi své zájmy uvedli dívání se na televizi „Díval se na televizi, na zprávy a pěkné filmy“ (M1), „Měla jsem ráda doktora Sovu, to sem se dívala, to byl fešák.“ (Ž7).

Po nástupu do zařízení pouze jeden respondent zůstal věrný této pasivní činnosti, „Dívám se na televizi...“ (M1), kterou někdy sdílí i s ostatními klienty „Někdy se dívám na televizi, když je v té společenské místnosti puštěná, ale moc ne. Je nás tam víc dědků.“ (M1).

8.5. Pomáhají používané aktivizační metody eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace?

Hlavní identifikované kategorie, které vyplynuly z analýzy dat této otázky, jsou následující:

a) Motivace

- společenské kontakty,
- motivace zájmy (koníčky).

b) Motivační bariéry

- ovlivnitelné (přechodné),
- neovlivnitelné (stěží ovlivnitelné až trvalé).

Tyto kategorie zahrnují motivační aspekty u respondentů, díky kterým se respondenti účastní, nebo neúčastní aktivizačních činností. Tyto kategorie jsem seřadila kvantitativně

podle četnosti zájmu respondentů. Dále jsem tyto kategorie rozdělila do dalších subkategorií, které rozšiřují a specifikují jednotlivé hlavní kategorie.

8.5.1 Motivace

Na základě mého výzkumu lze konstatovat, že pro drtivou většinu respondentů je motivací k účasti na aktivizačních činnostech možnost setkávání se s klienty. Avšak u několika respondentů účast na aktivizačních činnostech byla motivována zájmem o danou činnost (jejich koníček).

a) Společenské kontakty

Jako motivaci z hlediska společenských kontaktů šest respondentů z deseti uvedlo, že vyhledávají společné setkání (strach ze samoty) „*Nemůžu být zavřena enem na pokoji, musím i mezi lidi.*“ (Ž1), „*No bych byla s lidma*“ (Ž2), „*Každý potřebujeme společnost kolem sebe.*“ (Ž3), „*Já jsem byla dělat ty kuličky tam nás bylo asi deset a to bylo velice pěkné, krásně to utíkalo, i když jsem pro ně byla cizí, pěkně mna ale přijali, byla jsem spokojená.*“ (Ž4), „*A co bych jinýho dělala, šak je tu o nás postarané, máme všecko.*“ (Ž6), „*Víte, každý máme nějaké to trápení a jak se můžu vypovídat tak je hned všecko jináčí. Sme navrchu spolu ... a povídáme u teho.*“ (Ž7).

Komunikace a setkávání se s dalšími klienty pozitivně působí na proces uspokojování společenských potřeb.

b) Motivace zájmy koníčky

Jeden respondent uvedl, jako svoji motivaci na účasti aktivizačních činností, možnost naučit se novým dovednostem, kterým se dříve nemohl věnovat. „*Víte mamka mě nenaučila vyšívát a štrikovat, to se jen dřelo na polu. Mě se to vždycky líbilo, tak to skúšam.*“ (Ž5).

Mít se z čeho těšit, podněcování k činnosti je další pozitivum při aktivizačních činnostech.

8.5.2 Motivační bariéry

a) Ovlivnitelné přechodné

Do této subkategorie jsem zařadila respondenta, který uvedl „*Už tam moc nendu, jen pomlouvají a pak je z toho peklo.*“ (M2), tento postoj si myslím, že lze ovlivnit a to na základě přístupu aktivizačních a sociálních pracovníků.

b) Neovlivnitelné (stěží ovlivnitelné až trvalé)

Dva respondenti uvedli, že účast na aktivizačních činnostech je omezena jejich zdravotním stavem „... , bojím se, že bych bloudil, a pak by mě museli hledat. No ty nohy, já tam sám nedojdu a sestřičky toho mají moc.“ (M1). „Nic těžkého nedělám a ty svetry co páru to je nic.“ (Ž8), přesto se snaží být přítomna na aktivizačních činnostech, jelikož cítí potřebu být užitečná a v kontaktu s ostatními klienty „Ráda im pomůžu.“ (Ž8).

Zdravotní stav klientů může být motivační bariérou při účasti na aktivizačních činnostech.

9. Shrnutí výsledků výzkumu

Mimo hlavního cíle výzkumu a hlavní výzkumné otázky, jsem stanovila ještě dvě dílčí výzkumné otázky. Níže se pokusím sdělit výsledek výzkumných otázek a také výsledek hlavního výzkumného cíle.

Cílem mé bakalářské práce je „Zjistit, zda aktivizační metody napomáhají předcházení syndromu maladaptace u seniorů“, na základě polostrukturovaného rozhovoru.

- Hlavní výzkumná otázka: *Napomáhají aktivizační metody předcházet syndromu maladaptace u seniorů v rezidenční péči?*
- Dílčí výzkumná otázka č. 1: *Lze dřívější zájmy seniorů v pobytové sociální službě s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod?*
- Dílčí výzkumná otázka č. 2: *Pomáhají používané aktivizační metody eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace?*

9.1. Dílčí výzkumná otázka č. 1: Lze dřívější zájmy seniorů v pobytové sociální službě s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod?

Respondenti popisovali při rozhovorech činnosti, kterými se dříve zabývali, jak v rámci zabezpečení rodiny, tvůrčí činností anebo činností kulturní. V jednotlivých subkategoriích sdělují respondenti jakým činnostem, zájmům a aktivitám se věnovali v průběhu produktivního života. Všech deset oslovených respondentů se i nadále může věnovat svým dřívějším zájmům v rámci aktivizačních činností, které nabízí zařízení.

Člověk má touhu realizovat svůj potenciál, tedy potřebu seberealizace. Hartl (2009, s. 524) popisuje potřebu seberealizace jako rozvoj, naplnění, využívání schopností člověka. Jako vyšší psychosociální potřebu. I když jak uvádí Vágnerová (2000, s. 498), senior ztrácí motivaci k činnostem a to zejména z toho titulu, že aktivity, které byly před příchodem do

domova nezbytné, ztrácejí smysl. Ovšem neuspokojení potřeby seberealizace vede k pocitu bezvýznamnosti až k rezignaci.

Můj výzkum potvrdil, že všech deset respondentů s větším nebo menším úspěchem navázalo na dřívější zájmy, činnosti a koníčky, které vykonávali před nástupem do rezidenčního zařízení. Lze tedy říct, že předchozí aktivity respondentů lze s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod.

9.2. Dílčí výzkumná otázka č. 2: Pomáhají používané aktivizační metody eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace?

Respondenti popisovali při rozhovorech svoji účast na aktivizačních činnostech v rezidenčním zařízení a jako největší motivací k účasti bylo setkávání se s ostatními klienty. I přes zdravotní problémy je klientům zajištěna účast na aktivizačních činnostech. Získané informace ukazují, že šest respondentů z deseti jsou motivováni společenskými kontakty (respondenti nechtějí být sami). U jednoho respondenta z deseti byla účast na aktivizačních činnostech motivována zájmem o tuto tvůrčí činnost (splnění přání). U jednoho respondenta z deseti byla jeho motivace ovlivnitelná (negativní zkušenost se společnými aktivizačními činnostmi), anebo neovlivnitelná (limitování zdravotním stavem) byla u dvou respondentů z deseti.

Mohu konstatovat, že využívané prvky a formy aktivizačních metod využívané v konkrétním domově pro seniory, kde působím jako dobrovolnice, snižují, nebo významně eliminují riziko vzniku syndromu maladaptace tím, že umožňují seniorům setkávání se při těchto činnostech, čímž se projevy syndromu, jako je vyhýbání se ostatním klientům, nezájem o okolí, absence zájmů, rezignace na možnosti seberealizace atd. nemohou rozvinout.

9.3. Shrnutí výsledku hlavního cíle výzkumu

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda aktivizační metody napomáhají předcházení syndromu maladaptace. Tento cíl je reflektován v hlavní výzkumné otázce, která zní: *Napomáhají aktivizační metody předcházet syndromu maladaptace u seniorů v rezidenční péči?*

Míra a schopnost adaptace seniora na pobyt v rezidenčním zařízení je rozdílná u každého klienta, a ne každý se dokáže vyrovnat a přizpůsobit novému prostředí. Rizikové faktory maladaptace syndromu působí na psychickou, sociální i biologickou stránku života seniora a dobrým nastavením aktivizačních metod anebo využíváním prvků

těchto aktivizačních metod v jednotlivých činnostech lze tyto faktory minimalizovat. I když každý člověk je individuální, má jinou životní historii, jiné zkušenosti, každý si nese v sobě potřebu někam patřit, potřebu kontaktu s jinými lidmi a také má potřebu smyslu svého bytí. Podpora kontaktu s jinými klienty v rámci aktivizačních činností minimálně snižuje frustraci ze ztráty jistoty a bezpečí v podobě dosavadního zázemí (rodina, práce, zájmy, přátelé).

10. Diskuze

Odchod seniora ze svého přirozeného prostředí do rezidenční péče je pro dotyčného stresující a není pochyb o tom, že tento proces nese v sobě jistá rizika (psychická, sociální, biologická). Tyto rizika mohou při jejich přehlížení vyvolat symptomy maladaptčního syndromu.

Aktivizační programy mohou působit jako preventivní prvek proti nepřizpůsobení se novým podmínkám. Je celá řada aktivizačních programů, které jsou ve velké míře používány, ale základ musí spočívat v holistickém vnímání klienta. To znamená celkový pohled na seniora z hlediska fyzické, psychické, sociální a spirituální existence.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda aktivizační metody napomáhají předcházení syndromu maladaptace u seniorů.

Vágnerová (2000, s. 496) uvádí, že odchodem do rezidenčního zařízení ztrácí senior zázemí teritoria, zázemí sociální, autonomii a soběstačnost je narušena důsledkem úpadku různých schopností. Tyto změny se mohou projevit v základních psychických i sociálních potřebách. Neuspokojení psychosociálních potřeb jak objasňuje Hartl (2009, s. 699) vyvolává stres, který se projevuje mimo jiné i „*zesilujícími pocity nejistoty, pocity vnějšího a vnitřního ohrožení, ...nedostačivosti v sociálních rolích a úkolech, neschopností přizpůsobit se novým situacím...*“.

Dílčí výzkumná otázka č. 1: *Lze dřívější zájmy seniorů v pobytové sociální službě s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod?*

Z výsledků výzkumu vyplývá, že seniori se v době před příchodem do zařízení věnovali poměrně bohaté škále zájmů a činností. Uváděli zájmy, kterým se věnovali celý svůj produktivní život a tím naplňovali své sociální role. Aktivity pracovní, které z větší části zabezpečovaly základní životní potřeby rodiny, dávaly respondentům pocit kontroly nad svým životem, pocit uznání, svobody rozhodování a tím podporovaly vědomí autonomie, která je jak uvádí Dlabalová, Klevetová (2008, s. 70) významnou psychickou potřebou.

Aktivity tvůrčí se orientovaly především do roviny seberealizace. Tato činnost je dle výzkumu prováděna jako skupinová aktivizace a zúčastňují se jí z převážné většiny ženy. V této skupinové činnosti si ženy vytvářejí jak nové sociální kontakty, tak i vyhledávají nové sociální opory, která jak rozvádí Paulík (2017, s. 190), je u žen vzhledem k větší verbální schopnosti efektivnější jak u mužů. A proto, je toto vyhledávání opory přičítáno „*schopnosti intuitivního uvažování*“, empatii a angažovanosti při pomoci druhým. Aktivity kulturní se individuálně liší od osobnosti respondentů a je to jistý osobitý rys identity každého člověka. Návaznost zájmů a činností seniorů po nástupu do zařízení se výrazně nezměnila, i když musíme přihlídnout ke zdravotnímu stavu respondentů. Aktivity pracovní, tvůrčí i kulturní, tedy ty aktivity, kterými se senioři zabývali před příchodem do zařízení, se z velké části prosazují i v rámci aktivizačních činností anebo akcí.

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Pomáhají používané aktivizační metody eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace?

Z výsledků výzkumu vyplývá, že účast na aktivizačních činnostech v rezidenčním zařízení je využívána a většina respondentů uvádí jako svoji motivaci udržování společenských kontaktů. Vágnerová (2000, s. 460) uvádí, že kontakt s vrstevníky přináší seniorovi uspokojení. Spojuje je ne jen doba, v které žili, ale jako vrstevníci vytvářeli svět seniora po celý jeho život. Mají stejné zkušenosti, více rozumí jeden druhému, a díky tomu „*mechanismus podobnosti usnadňuje sociální kontakt a posiluje pocit akceptace*“. Zdravotní stav některých respondentů byl omezujícím prvkem při účasti na činnostech, a v těchto případech byla volena individuální aktivizace.

Na základě výsledků z mého empirického šetření, jsem dostala pozitivní odpověď na hlavní výzkumnou otázku (*Napomáhají aktivizační metody předcházet syndromu maladaptace u seniorů v rezidenční péči?*). Používané aktivizační metody působí ve velké míře preventivně proti vzniku syndromu maladaptace u seniorů v rezidenční péči.

Přínosy své práce vidím v tom, že prvky aktivizačních metod působí preventivně proti syndromu maladaptace seniorů v rezidenční péči.

Limity této práce spatřuji v malém výzkumném vzorku (počet respondentů a prostředí konkrétního zařízení) a také v nevyváženosti mužů a žen, ač to nebylo záměrem. Dalším limitem je časové omezení v možnosti sledování výzkumného souboru v delším časovém horizontu.

Doporučení a impulsy pro praxi: ráda bych, aby moje práce byla inspirací pro případné aktivizační pracovníky při vytváření aktivizačních programů a zavádění jednotlivých prvků těchto metod do každodenní péče o seniory s přihlídnutím k nově přichozím klientům.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce je „Zjistit zda aktivizační metody napomáhají předcházení syndromu maladaptace seniorů“ na základě kvalitativního šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. Domnívám se, že tento cíl jsem splnila.

V teoretické části mé bakalářské práce jsem provedla na základě literární rešerše definici základních pojmů jako je stárnutí, stáří a senior. Taktéž jsem popsala vývoj vztahu společnosti k seniorům v historickém kontextu a sociální péči v současnosti. V dalších kapitolách teoretické části jsem popsala sociální práci v domově pro seniory a smysl této práce. Specifikovala jsem u seniorů v rezidenční péči rizika, které je ohrožují a práci sociálních pracovníků v rezidenční péči a jejich roli při vykonávání své profese. Dále jsem popsala adaptaci a syndrom maladaptace u seniorů při přechodu do zařízení a jejich následnou aktivizaci.

V praktické části jsem provedla kvalitativní výzkum formou polostrukturovaných rozhovorů s klienty domova pro seniory. Pro svůj výzkum jsem si stanovila jednu hlavní výzkumnou otázku *Napomáhají aktivizační metody předcházet syndromu maladaptace u seniorů v rezidenční péči?* a dvě dílčí výzkumné otázky.

- *Lze dřívější zájmy seniorů v pobytové sociální službě s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod?*
- *Pomáhají používané aktivizační metody eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace?*

Výstupy výzkumu jsem podrobně popsala v analýze dat výzkumu, ve které jsem uvedla i odpovědi respondentů. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že dřívější zájmy seniorů v pobytové sociální péči velice pozitivně ovlivňují jejich postupnou adaptaci na nové prostředí a proto mohu konstatovat, že tyto dřívější zájmy lze s úspěchem využít v rámci aktivizačních metod seniorů v pobytové sociální službě. Dále mohu na základě těchto odpovědí také konstatovat, že používané aktivizační metody pomáhají eliminovat, nebo minimalizovat syndrom maladaptace.

K tomu bych ještě chtěla dodat, že hodně záleží na osobním přístupu aktivizačních pracovníků, jejich odborném vzdělání a podmínkách, které mají pro svou práci vytvořeny. Toto je důležitým faktorem pro pozitivní výsledky dosahované aktivizačními metodami.

Bibliografický seznam

- BAŠTECKÁ, Bohumila. 2009. Psychologická encyklopedie aplikovaná psychologie. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-470-0
- BOLOMSKÁ, B., N. ŠPATENKOVÁ. 2011. Reminiscenční terapie. Ostrava: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0
- ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ, Z. KALVACH, J. HOLČÍK, P. KUBŮ. 2014. Sociální gerontologie. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-4544-2
- DIENSTBIER, Zdeněk. 2009. Průvodce stárnutím, aneb jak ho oddálit. Praha: Radix. ISBN 978-80-86031-88-0
- DISMAN, Miroslav. 2002. Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7
- FIORES, S., T. GOFFI. 1999. Slovník spirituality. Vydrří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-338-9
- FRIEDMAN, Václav. Aktuální problémy ústavní péče. In MUHLPACHR, Pavel. Schola Gerontologica, Brno: Masarykova univerzita v Brně 2005, Vyd. 1. ISBN 80-210-3838-1
- GALAJDOVÁ, L., Z. GALAJDOVÁ. 2011. Canisterapie. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-879-4
- GAVORA, Petr. 2010. Úvod do pedagogického výzkumu. Vyd. 2. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2006. Manuálek sociální gerontologie. Brno: IPVZ Brno. ISBN 80-7013-363-5
- HARTL, P., H. HARTLOVÁ. 2009. Psychologický slovník. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1
- HLAVÁČOVÁ, Gabriela. 2003. Přejít seniorů do domova důchodců. Sociální práce 2003/2. ISSN 1212-6204
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. Fenomén stáří. Příbram: Havlíček Brain Team. ISBN 80-87109-19-9
- HENDL, Jan. 2005. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2
- HOLCZEROVÁ, V., D. DVOŘÁČKOVÁ. 2013. Volnočasové aktivity pro seniory. Vyd. 1. Praha: Grada.
- HOLMEROVÁ, I., B. JURÁŠKOVÁ, K. ZIKMUNDOVÁ. 2007. Vybrané kapitoly z gerontologie. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8

- HROZENSKÁ, Martina. 2008. Sociální práce so staršími ľuďmi. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3
- JANEČKOVÁ, H., M. VACKOVÁ. 2010. Reminiscence. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3
- JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ, L. ŠAJTAROVÁ. 2009. Ergoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7
- JUREČKOVÁ, Petra. 2003. Aktivizace seniorů. Sociální práce/Sociální práce 2003/2
- KALVACH, Z., R. JIRÁK, H. ZAVÁZALOVÁ, P. SUCHARDA. 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548
- KALVACH, Zdeněk. 2014. Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb. Vyd. 1. Praha: Diakonie Českobratrské církve evangelické. ISBN 978-80-87953-07-5
- KLEVETOVÁ, D., I. DLABALOVÁ. 2008. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2169-9
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2006. Psychologie smysluplnosti existence: Otázky na vrcholu života. Praha: Grada. ISBN 80-247-1370-5
- KUTNOHORSKÁ, Jana. 2010. Historie ošetrování. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. Péče o seniory v pobytových zařízeních. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3
- MATOUŠEK, Oldřich. 1999. Ústavní péče. Vyd. 2. Praha: SLON. ISBN 80-85850-76-1
- MATOUŠEK, Oldřich. 2008. Metody řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-247-3148-3
- MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ, P. KODYMOVÁ. 2010. Sociální práce v praxi. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0
- MULLER, Oldřich. 2014. Terapie ve speciální pedagogice. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4172-7
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. Teorie a metody sociální práce. Vyd. 1. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0
- NERANDŽIČ, Zoran. 2006. Animoterapie. Vyd. 1. Praha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8
- NOVOTNÝ, M., I. STARÁ. 2001. Využití dobrovolníků v nemocnicích metodický manuál k dobrovolnictví v nemocnicích. Vyd. 1. Praha: Hestia.

- ONDRUŠKOVÁ, Jana. 2011. Stáří a smysl života. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1997-2
- PACOVSKÝ, Vladimír. 1990. O stárnutí a stáří. Praha: Avicem. ISBN 80-201-8076-8
- PACOVSKÝ, Vladimír. 1994. Geriatrická diagnostika. Vyd. 1. Praha: Scientia Medica. ISBN 80-85526-32-8
- PAULÍK, Karel. 2017. Psychologie lidské osobnosti. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5646-2
- REICHL, Jiří. 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6
- ŘEZNÍČEK, Ivo. 1994. Metody sociální práce. Vyd. 1. Praha: SLON. ISBN 80-85850-00-1
- ŘÍČAN, Pavel. 2004. Cesta životem. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 80-7178-829-5
- STUART-HAMILTON, Ian. 1999. Psychologie stárnutí. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2
- SUCHÁ, J., I. JINDROVÁ, B. HÁTLOVÁ. 2013. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3
- SUCHOMELOVÁ, Věra. 2015. Senioři a spiritualita-duchovní potřeby v každodenním životě. České Budějovice: Disertační práce (Th.D.). Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta
- SVATOŠOVÁ, Marie. 2012. Víme si rady s duchovními potřebami nemocných? Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4107-9
- SÝKOROVÁ, D., O. CHYTL. 2004. Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachování. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 80-7326-026-3
- ŠTILEC, Miroslav. 2003. Pohybově-relaxační programy pro starší osoby. Praha: Karplinum.
- ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ. 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 078-80-262-0644-6
- TOŠNER, J., O. SOZANSKÁ. 2006. Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích. Praha: Portál. ISBN 80-7367-178-6
- TOŠNEROVÁ, Tamara. 2002. Ageismus. Průvodce a mýty o stáří. Praha: Ambulance pro poruchy paměti. Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV. ISBN 80-238-9506-0
- VÁGNEROVÁ, Marie. 2000. Vývojová psychologie: dětství, dospělost. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0

VÁGNEROVÁ, Marie. 2007. Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5

VÁGNEROVÁ, Marie. 2010. Psychologie osobnosti. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1832-6

VELETA, P., I. HOLMEROVÁ. 2007. Taneční terapie pro seniory dlouhodobě žijící v institucích. Česká alzheimerská společnost. ISBN 80-86541-21-5

VIDOVIČOVÁ, Lucie. 2008. Stárnutí, věk a diskriminace-nové souvislosti. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4627-6

VOJTOVÁ, Hana. 2014. Smyslová aktivizace v české praxi. Vyd. 1. Prachatice: Institut vzdělávání. ISBN 978-80-260-5804-5

WEHNER, L., Y. SCHWINGHAMMER. 2013. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-40-247-4423-0

Zákony

Zákon č. 329 ze dne 1. července 2017 dávky pro osoby se zdravotním postižením a o změně a doplnění dalších zákonů. (dávky pro osoby se zdravotním postižením) In: *Sbírka zákonů české republiky*. Částka 115.

Internetové zdroje

Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách a o změně a doplnění dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů české republiky*. Částka 37, Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf. [cit. 2018-02-14]

Zákon č. 111 ze dne 14. března 2006 o pomoci v hmotné nouzi a o změně a doplnění dalších zákonů. In: *Sbírka zákonů české republiky*. Částka 37, Dostupné také z: <http://www.zmenyzakonu.cz/zakon.aspx?id=34143>. [cit. 2018-03-04]

JOHNOVA, MILENA. 2006. Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče. Rezidenční péče 2006/3. [online]. Dostupné z: <http://www.rezidencnipecce.cz/archiv/priloha/priloha0603.pdf>. [cit. 2018-01-22]

Sociální služby Vyškov, [on-line] Dostupné z: <http://www.socialnisluzbyvyskov.cz> [cit. 2018-03-04]

KOLÁŘOVÁ TOKÁCSOVÁ, Klára. Spiritualita seniorů. Křesťanská revue, 2015. Dostupné z: <http://www.krestanskarevue.cz/Spiritualita-senioru-Kornelia-Kolarova-Takacsova.html> [cit. 2017-05-11]

ŠELNER, Ivo. 2004. Úloha rodiny v péči o seniory-realita a prognózy. Sociální práce/Sociálna práca 2004/2. [online]. © 2014 [cit. 2018-03-02]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-2-090221132843.pdf>

Zelená pro feniloterapii?, [on-line], [cit. 2017-09-17]. Dostupné z: <http://www.dcmotol.cz/media/pdf/sbornik-zoo-2011.pdf>