

Univerzita Palackého v Olomouci

Pedagogická fakulta

AKTIVIZACE SENIORŮ

JAKO FORMA ROZVOJE KVALITY ŽIVOTA

Možnosti edukace seniorů z pohledu pracovníků zařízení sociálních služeb

Bakalářská práce

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Pedagogická fakulta
Ústav speciálněpedagogických studií

KARLA MIKULKOVÁ

III. ročník – kombinované studium

Obor: speciálně pedagogická andragogika

**AKTIVIZACE SENIORŮ JAKO FORMA
ROZVOJE KVALITY ŽIVOTA**

Možnosti edukace seniorů z pohledu pracovníků zařízení sociálních služeb

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou použitou literaturu.

V Olomouci dne _____

podpis _____

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a PhDr. Kateřině Kubalčíkové, Ph.D. z Fakulty sociálních studií MU Brno za poskytnutí konzultací k metodologii výzkumu.

Současně děkuji také všem respondentům, kteří vyplnili dotazníky potřebné při tvorbě této práce.

Obsah

ÚVOD.....	6
1. SPOLEČENSKÉ A ODBORNÉ ASPEKTY STÁŘÍ.....	8
1.1. AGEISMUS.....	9
1.2. DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE STÁRNUTÍ	10
1.3. VĚDNÍ OBORY ZABÝVAJÍCÍ SE STÁŘÍM, VYMEZENÍ POJMŮ	12
2. CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	14
2.1. UKAZATELE STÁŘÍ	14
2.1.1. <i>Kalendářní věk</i>	14
2.1.2. <i>Biologický věk</i>	15
2.1.3. <i>Sociální věk</i>	16
2.1.4. <i>Psychický věk</i>	18
3. ŽIVOT SENIORA	22
3.1. PŘÍPRAVA NA STÁŘÍ	22
3.2. SENIOŘI A ADAPTACE	24
4. SENIOR A JEHO POTŘEBY	27
4.1. TEORIE HIERARCHIE POTŘEB ČLOVĚKA.....	27
4.2. POTŘEBY V ŽIVOTĚ SENIORA.....	27
5. SOCIÁLNÍ SLUŽBY	31
5.1. VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ SLUŽBY	31
5.2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY	32
5.3. VÝZNAM CENTER DENNÍCH SLUŽEB A DOMOVŮ PRO SENIORY	34
5.4. PRACOVNÍCI V ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	36
6. AKTIVIZACE SENIORŮ	38
6.1. VÝZNAM AKTIVIZACE PRO SENIORA	38
6.2. OBLASTI AKTIVIZACE SENIORŮ	39
6.3. PROSTŘEDKY K REALIZACI AKTIVNÍHO ŽIVOTA VE STÁŘÍ	41
6.4. VZDĚLÁVÁNÍ A EDUKACE VE VYBRANÝCH TYPECH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	44
6.5. KONKRÉTNÍ FORMY EDUKAČNÍCH A VZDĚLÁVACÍCH AKTIVIT V CENTRECH DENNÍCH SLUŽEB A DOMOVECH PRO SENIORY.....	49
7. PRAKTICKÁ ČÁST	57
7.1. CÍL ŠETŘENÍ	57
7.2. METODA ŠETŘENÍ.....	58
7.3. VZOREK ŠETŘENÍ	60
7.4. POPIS A HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	60
7.4.1. <i>Charakteristika vybraných zařízení</i>	60
7.4.2. <i>Rozbor dat</i>	64
7.5. ZHODNOCENÍ A ZÁVĚR	98
ZÁVĚR	101
POUŽITÁ LITERATURA	102
SEZNAM PŘÍLOH.....	105

Úvod

V moderních společnostech dnešní doby se stala problematika života seniorů předmětem narůstajícího zájmu. Růst pozornosti je způsoben jednak zvětšujícím se počtem seniorů, ale také změnou způsobu života, který si dnes lidé ve vyšším věku volí. Dnešní podoba života seniorů je ovlivněna jednak změnou struktury jejich potřeb, ale také možnostmi využití nástrojů, které tyto potřeby pomáhají naplňovat (např. sociální služby, sociální zabezpečení, možnosti vzdělávání apod.). Způsob a míra uspokojování potřeb se dají považovat za významné determinanty kvality života seniorů. Můj osobní zájem o kvalitu života seniorů vzbudila sedmiletá praxe na geriatrickém oddělení, kde jsem získala mnoho zkušeností a postřehů při práci se starými lidmi. Téma své bakalářské práce „Aktivizace seniorů jako forma rozvoje kvality života“ jsem si vybrala na základě praxí podloženého zájmu. V práci jsem zájem zaměřila na seniory, uživatele sociálních služeb a to na skupinu, u které se dá předpokládat každodenní podpora, jak ze strany rodiny, tak pracovníků zařízení (uživatelé Center denních služeb) a na skupinu seniorů, u kterých předpokládám hlavní podporu ze strany pracovníků zařízení (uživatelé služeb Domovů pro seniory).

Potřeba učit se má u dnešních seniorů vzrůstající tendenci, dá se říct, že v určitých ohledech je naplňování této potřeby pro zachování kvality života nezbytné. Velká část seniorů potřebuje při naplňování potřeby vzdělávání a edukace podporu okolí. U zmíněných dvou skupin seniorů, které jsem pro účely této práce rozdělila, jsou většinou hlavními poskytovateli služby v oblasti edukace pracovníci zařízení, kterého senioři užívají. Cílem této práce bylo zjistit, *jak pracovníci Denních center pro seniory a Domovů pro seniory nahlíží na možnosti edukace uživatelů služby.*

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. V první až čtvrté kapitole jsou popsány obecně platné poznatky o stárnutí a stáří a vymezeny některé pojmy. Tyto kapitoly zahrnují např. postavení seniorů ve společnosti, stručný popis některých vědních oborů, které se stářím zabývají, charakteristiky stáří z pohledu kalendářního a funkčního věku, přípravu a adaptaci na stáří a potřeby seniorů. V páté kapitole se zabývám sociálními službami, jako možným nástrojem uspokojování potřeb osob seniorského věku, šestá kapitola potom rozebírá podrobněji jednu z možných činností sociálních služeb – aktivizaci v oblasti vzdělávání a edukace.

Druhá, praktická část práce, je zaměřena především na otázku šetření, uvedenou výše jako cíl práce. První kapitola praktické části je věnována popisu šetření. Ve druhé

kapitole uvedu výsledky a hodnocení, provedu možná srovnání stanovisek pracovníků podle typu zařízení popř. podle jednotlivých pracovních zařazení. Na základě těchto srovnání se v závěru praktické část práce pokusím o stanovení souvislostí mezi typem zařízení a náhledem jejich pracovníků na edukaci seniorů. Výsledky šetření by mohly sloužit jako podklad pro motivaci v přístupech k edukačním a vzdělávacím programům, jak pro pracovníky zařízení sociálních služeb, tak pro jejich uživatele. Myslím si, že pohled, kterým se na edukaci osob seniorského věku dívají ti, kteří tuto činnost poskytují je důležitým prvkem. Může ovlivňovat jak činnost samotnou, tak spolupráci v komplexním přístupu k seniorovi, uživateli služby. Je potřeba si uvědomit, že edukační procesy mohou probíhat i ve zdánlivých maličkostech každodenního života, které však mohou mít pro celkovou kvalitu života seniora velký význam. V dnešní době, která je mimo jiné nazývána dobou moderní, do konceptu přístupu k seniorské populaci edukace a vzdělávání určitě patří a je žádoucí, aby i náhled na ně ze strany poskytovatelů odpovídal trendu doby.

1. Společenské a odborné aspekty stáří

Otázka pohledu na stáří a starého člověka prošla ve společnosti historickým vývojem, jako mnoho jiných fenoménů. Dnešní přístup společnosti k seniorské populaci se zdá být rozporuplný. Na jedné straně stoupá zájem o seniory a kvalitu jejich života, na straně druhé je tato věková skupina společností vnímána jako problémová z hlediska ekonomického. To se týká především konfrontace s celospolečenskými náklady na penzijní systém a rostoucími výdaji na zdravotní a sociální péči o starší občany, kterých ve společnosti přibývá. Zdá se, že úspěchy na straně civilizačního vývoje, které prodlužují lidský věk (moderní prostředky medicíny, zdravý životní styl, kvalitně zabezpečené rodiny), jsou v dimenzích ekonomických úvah nahlíženy negativně, jako zatěžující problém (Vohralíková, Rabušic, 2004). Dá se předpokládat, že úkolem dalšího historického vývoje přístupů společnosti k seniorům bude právě odstranění rozporů a přijetí celkově kladných stanovisek v hodnocení a akceptaci stáří tak, aby se tato věková skupina stala běžně fungující skupinou společnosti. Praktické kroky takovéto snahy se promítly v sestavení a přijetí některých dokumentů, jejichž obsah a cíle jsou zaměřeny na seniorskou populaci. U nás je jedním z nejvýznamnějších a také nejobsáhlejších dokumentů zaměřených na stárnutí a stáří „Národní plán přípravy na stárnutí“. Aktuální podoba tohoto dokumentu se týká let 2008 – 2012. Jednotlivé kapitoly tohoto dokumentu obsahují různé oblasti života a společenských vztahů, řeší například otázky dostupnosti bydlení a dopravy seniorů na bázi celoživotního přístupu partnerství vlády a samosprávných územních celků, využití schopností a dovedností starších lidí v aktivním stárnutí na trhu práce, vstřícnost prostředí a komunity ke stáří, rodinu a péči o seniora, participaci seniorů na společenském životě, lidská práva, kriminalitu ve vztahu k seniorům apod. Problematika seniorů se v naší společnosti stává objektem zájmu mnoha oborů. V rovině politicko-ekonomické se promítá například do snahy o konstrukci a realizaci penzijní reformy, v medicínských oborech do nové koncepce geriatrické specializace, v oboru sociálních věcí se stala specifika života seniorů součástí koncepce sociálních služeb, v oblasti vzdělávání a edukace je se seniory počítáno v podobě mnoha nabízených aktivit apod. Nezdá se tedy, že by seniorská populace byla společností opomíjena ve smyslu nástrojů a mechanismů, které jsou schopny pozitivně ovlivňovat kvalitu života starší generace. Přesto se dají i u nás

(jako i v jiných společnostech) najít prvky nežádoucího společenského fenoménu – ageismu, kterému se věnuje následující podkapitola.

1.1. Ageismus

Snahou společnosti by mělo být odstranění negativ, které omezují kvalitu života. Jedním, v poslední době hodně diskutovaným vnějším negativním vlivem působícím na seniorskou populaci, je ageismus. Jedná se o interakční fenomén, který působí na seniory jednak zvenčí, jako tlak společnosti, ale také uvnitř samotné sociální skupiny seniorů, vlivem jejich vlastních názorů.

Termín *ageismus* použil Robert Butler, první ředitel National Institute on Aging v USA v roce 1969, který jako první hovořil o diskriminaci na základě věku (Tošnerová, 2002). Jde o diskriminaci především na základě společenských předsudků a myšlenkových stereotypů, která může vést až ke společenské segregaci. Tento jev se může vyskytovat i ve skrytých podobách, například jako neopodstatněné upřednostňování mládí, přílišné zviditelňování jeho „kladů“. V předsudcích společnosti se starému člověku přisuzují vlastnosti jako nemocný, impotentní, ošklivý, s poklesem duševních schopností, s duševními chorobami, izolovaný, chudobný, depresivní, politicky sobecký. Již zmíněné upřednostňování mládí do jisté míry tyto předsudky o vlastnostech starého člověka podporují. Přitom v odborné literatuře vydané již v osmdesátých letech minulého století v naší zemi (určené např. výchově zdravotnických pracovníků), upozorňují její autoři na nesprávné názory na stáří a na neopodstatněné výtky vůči stáří. Zároveň podotýkají na nevhodnost neustálého srovnávání stáří s mládím, protože pro některé jevy, které ve stáří odpovídají normě (např. vstřípivost, představitost, psychomotorické tempo), neplatí tatáž norma v mladším věku (Hudcovic, Groh, 1983). Traxler (1980, in Tošnerová 2002) uvádí čtyři zdroje ageismu vedoucí k negativním stereotypům a mýtům v západních zemích. Strach ze smrti, důraz na mládí a fyzickou krásu, produktivitu těsně spjatou s ekonomickým potenciálem a způsoby zjišťování skutečného stavu společnosti vedoucího k ageismu. Vidovičová, Gregorová vidí jako určité východisko z problému ageismu *mainstreaming* věku. Pro *mainstreaming* neexistuje český ekvivalent ani jednoznačná definice, přesto lze tento nástroj popsat jako „integraci určitého tématu nebo problému do agenturních procesů formulování politik, jejich plánování, rozhodování o těchto politikách, do jejich realizace a vyhodnocování“. Tento nástroj má svůj *subjekt* (osoby, skupiny, témata,

otázky, problémy, struktury, systémy, akce) a *objekt* (orgány veřejné správy, politici, politiky, veřejnost). *Cílem* tohoto nástroje je obecně: *větší sociální integrace určité skupiny a inkluze určitého zájmu/problému do všech aspektů sociálního, politického, ekonomického a kulturního života*. Z velkého záběru tohoto nástroje, který se týká všech věkových kategorií, potom směřuje k seniorské populaci mainstreaming stárnutí a stáří (Vidovičová, Gregorová, 2007, s. 10, 17-18). Přístup k ostatním věkovým skupinám je založen na individualitě. U věkové skupiny seniorů jakoby toto pravidlo pro společnost právě díky předsudkům a mýtům přestávalo platit. Přitom v rámci individuálního přístupu lze zjistit, jak rozmanitá a přínosná je seniorská populace, kolik činnosti by pro společnost ještě zvládla, kdyby jí to bylo bez omezení umožněno. Fenomén ageismu se vyskytuje i uvnitř skupiny seniorů. Někteří staří lidé podlehnou tlaku zvenčí a „nálepku“ přijmou. To má nemalý vliv na utváření vlastního sebepojetí. Podle Traxlera (1980) může člověk s přibývajícím věkem projít třemi stadii přijetí ageistických nálepek. V prvním je přístupný k jejich přijetí, ve druhé upevňuje závislost na nich, při negativní reakci se potom rozvíjí stadium třetí, které je provázeno ztrátou sebeúcty. Takový jedinec potom zaujímá negativní postoje, které se v konečném důsledku obrací proti němu samotnému (in Tošnerová, 2002). V České republice nebyl fenomén ageismu jako sociálně patologického jevu zatím systematicky monitorován. Přitom podle Tošnerové důsledkem ageismu je znehodnocení jednoho ze zásadních lidských lidských zdrojů, zdroje starší generace. To je výsledek alarmující, zvláště pokud si jej dáme do souvislosti s prognózami statistik, podle kterých má být v naší republice do roku 2030 téměř třetina obyvatel seniorského věku. S vědomím, že změna smýšlení společnosti, potažmo odstranění předsudků je záležitostí spíše dlouhodobou, není na místě jakýkoliv projev ageismu bagatelizovat.

1.2. Demografické ukazatele stárnutí

„Ukazatelem demografického stáří je podíl počtu osob ve věku stáří na celkovém počtu obyvatelstva. Pokud podíl obyvatel ve věku 65 let a starších dosahuje 8% a více, je populace označována jako „stará“ nebo „stárnoucí“. S tímto jevem se lidstvo ve své historii setkává v současné době poprvé. Česká republika patří mezi státy s vysokým tempem demografického stárnutí. I když je stárnutí populace jevem celosvětovým, evropské státy vykazují v tomto trendu nejvyšší rychlost. Prognózy hovoří o zvýšení procenta zastoupení osob starších 60 let v Evropě ze 20% (r. 1998) na

35% v roce 2050. V České republice půjde o přibližně stejně velký nárůst procenta seniorů. Střední délka života (vyjádřená počtem let, které má právě narozená osoba naději prožít) byla v ČR v roce 2000 u mužů 71,54 let a u žen 78,24 let (Kozáková, Müller, 2006, s. 20). Stárnutí populace je ovlivněno různými faktory. Mezi velmi důležité můžeme zařadit například moderní prostředky medicíny, úroveň zdravotní a sociální péče, trend směřovat ke zdravému životnímu stylu apod. Jak uvádí Vohralíková s Rabušicem (2004), zároveň se snažíme zvyšovat si životní úroveň, což se promítá do rozhodnutí mít jen tolik dětí, abychom kvalitně a důkladně zabezpečili rodinu. Tyto a další faktory se podílí přímo na poklesu porodnosti a snižování úmrtnosti. Zatímco na populačních vlnách natality se podílí i dění ve společnosti a politická rozhodnutí, která do jisté míry počty dětí v rodinách ovlivňují a křivka porodnosti tak může vykazovat větší rozdíly, o křivce úmrtnosti, resp. naděje na dožití se dá tvrdit že má rovnoměrný, mírně stoupající trend. Zajímavý doplňující ukazatel je podíl počtu starších osob nad 75, popř. 80 let uvnitř skupiny seniorů. Tento ukazatel je většinou odrazem společenského dění, které věkovou strukturu starých osob ovlivní (ztráty ve válkách, intenzivní migrace, prudké změny porodnosti). Pokud zastoupení 75 (80) letých osob zaznamenává větší výkyvy, mluvíme potom o vnitřním, nebo dvojitým stárnutí (Topinková, in Zavázalová, 2001). V rozdělení naděje na dožití podle pohlaví je v ČR nezanedbatelný rozdíl, způsobený nadúmrtostí mužů. Statistické údaje od počátku devadesátých let ukazují na příznivý vývoj úrovně úmrtnosti s růstem naděje dožití. Prognózy počítají s pokračováním tohoto trendu, včetně snižování rozdílů střední délky života mezi pohlavím. Podle odborných předpokladů pro období do roku 2050 by střední délka života mohla dosáhnout 82 let u mužů a 87 let u žen. (Vohralíková, Rabušic, 2004). Již z těchto naprosto základních dat je zřejmé, že skupina seniorů nebude v populaci skupinou menšinovou a počet let prožitých ve stáří nebude krátkým úsekem života. Výzva WHO „přidat léta životu a život létům“ je ukazatelem směru, kterým by se měla ubírat pozornost a zájem o etapu lidského života stáří a jeho kvality se snahou využít potenciál seniorů ve prospěch jejich i společnosti.

Celkové klima ve společnosti působí i na rozvoj vědních oborů. Celospolečenský zájem o stáří a stárnutí se bezesporu bude promítat i do rozvoje vědních oborů, které se touto věkovou skupinou zabývají.

1.3. Vědní obory zabývající se stářím, vymezení pojmů

I ve stáří zůstává člověk bio-psycho-sociální a spirituální jednotkou, čili jedincem s celým komplexem potřeb, se specifiky, které se vztahují k jeho vývojovému stupni – stáří. Ke každému seniorovi je tedy nutné přistupovat především komplexně (jako ke každému jinému člověku ostatních věkových skupin) a zároveň zohlednit specifika stáří na základě poznatků vědních oborů, které se problematikou stáří zabývají. „Úkolem obecné vědy o stáří je především vytvářet předpoklady pro týmovou komunikaci, sjednocovat terminologii, definovat pojmy, identifikovat klíčové problémy a zpřístupňovat poznatky a pohledy každého dílčího oboru všem ostatním“ (Mühlpachr, 2004, s. 10).

Gerontologie

Je vědní oblastí multidisciplinárního charakteru. Její název je odvozen z řeckého gerón – stařec a logos – slovo. Zabývá se procesem stárnutí a stáří s komplexním a interdisciplinárním přístupem. Podle Z. Kalvacha se v dnešní době člení gerontologie do tří hlavních proudů:

experimentální (biologická) gerontologie – zkoumá proč a jak stárnou živé organismy,
sociální gerontologie – zabývá se vzájemnými vztahy starého jedince a společnosti na bázi širokého spektra dalších vědních oborů,

klinická gerontologie – věnuje pozornost specifickým zdravotního stavu, nemocí a jejich výskytu ve stáří, také jejich vyšetřování, klinickému obrazu, průběhu i sociálním souvislostem, které jsou s nimi spojeny. (Mühlpachr, 2004, Petřková, Čornaničová, 2004)

Geriatric

V širším smyslu je odvětvím gerontologie, v užším samostatnou lékařskou specializací, druhým slovem spojení je tentokrát „iatrió“ – léčím (z řečtiny). „V některých státech (např. Česká republika, Slovensko, Španělsko, Velká Británie, Irsko) je samostatným specializačním lékařským oborem vycházejícím z vnitřního lékařství a zabývající se kromě všeobecně interní problematiky i problémy rehabilitačními, neurologickými, psychiatrickými, ošetrovatelskými a propojením s primární péčí (praktický lékař, domácí ošetrovatelská péče) i sociálními službami“ (Mühlpachr, 2004, s. 11). V České republice existuje tento samostatný obor od roku 1982. K cílům geriatric patří:

„Zvýšit šance starého pacienta uchovat si dobré zdraví včasným rozpoznáním akutních onemocnění a jejich léčbou, monitorováním a léčbou chronických chorob. Uplatňovat metody primární i sekundární prevence.

Dosáhnout co nejvyšší aktivity, funkční zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti v prostředí obvyklém pro pacienta.

Přispívat k udržení kvality života, především v souvislosti se zdravotním stavem seniora“ (Topinková, 2005, s. 3).

Gerontagogika

Ke slovu „gerón“ je zde přiřazen řecký termín „agógé“ – vedení. Užší vymezení tohoto oboru je Livečkova teorie výchovy „ve stáří a ke stáří“, chápána jako vědecky formulovaný obraz výchovy a vzdělávání osob starších věkových skupin a osob v důchodovém věku (Petřková, Čornaničová, 2004), dnešní, širší pojetí vymezuje předmět gerontagogiky jako „studium a systematizaci poznatků, týkajících se široce chápáné edukace (tj. výchovy a vzdělávání) ve vztahu k seniorskému věku člověka“ (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 19). Teoretické zázemí gerontagogiky tvoří dva hlavní pilíře – vědy o výchově a vědy gerontologické, mezi hlavní gerontagogické funkce patří: *funkce kognitivní, kulturní a edukační, společensko informační, aktivizačně stimulační a prognostické*. Z hlediska zaměření na cílovou skupinu lze rozdělit edukační činnost gerontagogiky na *preseniorskou* (příprava na stáří), *vlastní edukaci seniorů*, (zde má obor hlavní těžiště) a *proseniorskou* (zaměřenou na mezigenerační porozumění) (Šerák, 2009, Petřková, Čornaničová, 2004). Vzhledem k tomu, že senioři jsou zároveň dospělými lidmi, dá se na gerontagogiku nahlížet i jako na andragogickou specializaci. Podle Livečky došlo ve vývoji gerontapedagogiky jako vědní disciplíny k významějšímu obratu na mezinárodním kongresu v roce 1975, na kterém se začalo hovořit o otázkách učení a vzdělávání starších osob ve větším věkovém rozmezí. (doposud se odborníci zabývali převážně předdůchodovým věkem). Odvolává se v tomto směru na některé referáty významných vědců (např. Welford – Učení, motivace a věk), kteří „začali vidět učení starších věkových skupin nikoliv jen jako osvojování vědomostí, dovedností, případně i určitých návyků, ale v širším pojetí výchovy, zaměřené na změny v lidském chování a to především na základě zkušeností. Začali zkoumat vliv motivace a ochoty k učení, vliv sociální role a současně také nutnost sociální zpětné vazby v takto pojatém procesu výchovy starších lidí“ (Livečka, 1979, s. 15-16). V tomto duchu se gerontagogika vyvíjí dále.

2. Charakteristika stáří a stárnutí

Jednoznačně definovat stáří se zatím nepodařilo. Tento fakt má několik důvodů. Problematikou stárnutí a stáří se zabývá více vědních oborů a každý má na tento fenomén jiný úhel pohledu, (definuje jiné aspekty). Dalším důvodem jsou velké interindividuální rozdíly v procesu stárnutí a stáří a možná existence rozdílů různých složek procesu stárnutí u jednotlivce. Také rozdílnost sociokulturního hodnocení stárnutí a stáří neposkytuje pevnou půdu pro jednoznačnou definici. Určitě by se našlo mnoho dalších důvodů, proč stáří a stárnutí ustáleně definovat nelze. Přesto existují charakteristiky, které vychází z podobnosti jevů u většiny lidí určitého kalendářního věku.

2.1. Ukazatele stáří

V každé periodě lidského vývoje se dá poukázat na tu stránku lidské osobnosti, podle které hodnotíme věk. Seniorský věk je jednou z vývojových etap lidského jedince. Je proto možné použít obdobná pravidla jako u jiných vývojových etap a rozdělit etapu stáří podle jednotlivých ukazatelů, diferencovat tak věk podle různých hledisek. Základní dělení odpovídá časové přímce (kalendářní věk) a křivce funkčního potenciálu (funkční věk).

2.1.1. Kalendářní věk

Počátkem kalendářního věku je datum narození. Světová zdravotnická organizace (WHO) vymezila věk stáří v patnáctiletých cyklech, s počátkem 60. roku na:

Ranné stáří, 60 – 74 let – *presenium*,

Vlastní stáří 75 – 89 let – *senium*,

Dlouhověkost 90 let a více.

S prodlužováním délky života ve stáří v hospodářsky vyspělých státech a větší úrovni lékařské péče se hranice stáří posouvá k věku 65 let. (viz např. Mühlpachr, 2004, in Kozáková, Müller, 2006). Podle některých autorů se uplatňuje členění seniorského věku na:

Mladší senioři (young old) 65 – 74 let,

Starší senioři (old-old) 75 – 84 let,

Velmi starší senioři (very old) 85 let a více

s vyznačením dominantní problematiky každého uvedeného životního úseku. (Kozáková, Müller, 2006). Míra korelace kalendářního věku s údaji funkčního věku je někdy velmi malá. Jen v porovnání s věkem biologickým se můžeme setkat s agerácií (jedinec vykazuje mnohem nižší biologický věk, než odpovídá jeho věku kalendářnímu) nebo opačným jevem, kdy se jeví jako „předčasně zestárlý“. (Stuart – Hamilton, 1999). Užití kalendářního věku má nesporně praktický význam ve své jednoduchosti a přehlednosti při aplikacích úkonů státní správy, zaměstnavatelů, dopravy apod.

2.1.2. Biologický věk

Biologický věk je jednou ze složek věku funkčního. S kalendářním věkem se nemusí shodovat jak u jednotlivce v odděleně posuzovaných parametrech, tak obecně u jedinců v poměru k obecnému předpokladu. Podle Stuarta – Hamiltona posouzením biologického věku vlastně poukazujeme na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Ve vztahu k vývoji zdůrazňuje Bromley, že stáří je postvývojová fáze, kdy „již byly realizovány všechny latentní schopnosti vývoje a zůstávají pouze nově působící možnosti poškození“ (1988, s. 30, in Stuart – Hamilton, 1999).

Individuální hodnota biologického stáří je dána jednak genetickou predispozicí, ale také působností prostředí, ve kterém člověk žije, jeho životním stylem a s ním souvisejícím socioekonomickým prostředím, zdravotním stavem předcházejícím období stáří, včetně úrovně a možností lékařské péče atd. Obecně se bere na zřetel involuce v různých somatických oblastech.

Buněčná báze – (Hayflickův jev a limit, stárnutí somatickou mutací, autoimunitní teorie stárnutí, teorie volných radikálů, teorie programovaného stárnutí, teorie jediné funkce těla, molekulární teorie stárnutí) (Stuart – Hamilton, 1999).

Endokrinní systém – (změna hladiny pohlavních hormonů, snížená funkce štítné žlázy).

Krevní systém – (změny na krevním řečišti, snížený průtok krve důležitými orgány, omezená schopnost regulace).

Respirační systém – (pokles vitální kapacity plic).

Zažívací trakt – (změny na chrupu, atrofie sliznic a svaloviny a s tím související možné snížení sekrece, resorbce a peristaltiky střev, zmenšení detoxikační činnosti jater).

Ledviny – (úbytek funkčních neuronů, snížení filtrační činnosti).

Kůže – (úbytek podkožního tuku a vody, změny pojiva v orgánu, viditelně jako suchost, vráscitost, snížená pružnost).

Kosti a klouby – (úbytek kostní hmoty, výrazné změny struktury, které většinou předchází změně funkce).

Svalstvo – (pokles svalové síly, úbytek svalové hmoty, ztráta elasticity).

Výška a hmotnost – (na poklesu se podílí celkový úbytek vody v organismu, úbytek kostní a svalové hmoty a svalového napětí, změny na držení těla).

Smyslové orgány – (pokles senzorických schopností).

Bolest – (zvýšený práh citlivosti na bolest).

(volně podle Pacovského, 1994 , Kozákové, Müllera, 2006).

Involuční procesy organismu jsou nezvratitelné. Velmi důležitý je přístup seniora k tomuto faktu, vyrovnání se s realitou ztrát. Dobrá adaptace na tělesné změny působí pozitivně na psychiku stárnoucího člověka. Senior pozitivním přístupem omezuje možnost vzniku somatických problémů a onemocnění, které mohou být déletrvajícím negativním rozladěním podmíněny. Počátek přípravy na stáří již v období středního věku je dobrým východiskem pro úspěšné zvládnání možných problémů, které starší věk může přinést. Účinná příprava spočívá hlavně v dobré informovanosti (informovaný jedinec má v adaptaci na změnu vždy trochu „náskok“), v dodržování pravidelných lékařských preventivních prohlídek s možností včasné podpory zdraví nebo kompenzace somatických změn, ve správném odhadu a akceptaci hranic vlastních možností, v komplexním přístupu k vlastní osobě.

2.1.3. Sociální věk

Sociálním věkem bychom mohli nazvat aktuální stav socializace jedince, kvalitu i kvantitu jeho vzájemných interakcí od nejbližších jednotlivců a sociálních skupin, až po celou společnost. Z toho vyplývá, že spektrum aspektů, které ovlivňují sociální věk bude skutečně široké. Do procesu sociálního stárnutí vstupuje mnoho sociálních událostí. Každá taková událost může mít na jednotlivce různý vliv. Důležitá je schopnost adaptace na změny v životě, na ztrátu sociálních rolí (ukončení profesní činnosti) nebo získání rolí nových (narození vnoučat), zúžení sociálních kontaktů (úmrtí známých, přátel), ale i navázání nových (díky účasti na zájmových činnostech započatých v seniorském věku, nebo těsně před ním). Vedle odchodu do penze je jednou z nejvýznamnějších ztrát a změn v oblasti sociálních rolí úmrtí partnera. Tato

událost zahrnuje nejen dlouhodobý a většinou „bolestivý“ proces přijetí role vdovy/vdovce, ale také vyrovnání se s ekonomickou změnou, ztrátou nejužšího možného kontaktu s jiným člověkem atd. Podle Vágnerové je rovněž velmi důležitý rozsah a typ teritoria, ve kterém se život seniora odehrává. Určitě jiný vliv bude mít na jedince prostředí vlastní domácnosti a vlastního bytu oproti prostředí institucionálního bydlení (Vágnerová, 2007). Typ bydlení úzce souvisí se stavem samostatnosti a soběstačnosti jedince, s jeho zachovanými kompetencemi. S přibývajícím věkem většinou roste i míra závislosti na druhé osobě. Podle Pacovského je „soběstačný, nezávislý jedinec takový, který nemá podstatné omezení tělesných a duševních schopností, aby sám, bez pomoci a asistence zvládl všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, ve kterém žije“. Závislost je potom odstupňovaná podle rozsahu nutné pomoci a podpory (Pacovský, 1997, s. 60). Pokud existuje snaha o udržení odpovídajícího sociálního věku měl by senior vyvinout úsilí k zachování co největší možné míry kompetencí, samostatnosti a soběstačnosti, ve vztahu k okolí potom udržovat přijatelnou míru nároků. Balltesová, Balltes uvádí tři způsoby úspěšné adaptivní strategie – *selekce* – člověk má redukovat nároky na vlastní osobu a vybírat to, na co stačí, ne však zbytečně rezignovat, *optimalizace* – hledat způsoby jak využít své zachovalé schopnosti a energie, *kompensace* – vyrovnat úbytek některých schopností a kompetencí využitím těch, které zůstaly zachovány (Vágnerová, 2007). U vymezení teritoria je nutné podotknout, že nejde jen o vymezení prostoru, ale také o souvztažnou sociální síť. Pocit opuštěnosti je velkým problémem mnohých starších seniorů. S úmrtím nejbližších osob stejné věkové skupiny (sourozenci, partneři, přátelé) ubývá i sociálních kontaktů. Člověk se tak může ocitnout „sám mezi lidmi“, protože na navázání nových kontaktů a vztahů mu nezbývají síly. Pacovský uvádí případ výpovědi svého pacienta, jehož „největší potřebou je být potřebován“ a upozorňuje na význam potřeby sdružování starých lidí. K hodnotám sdružování ve vyšším věku přistupuje i význam vzájemné pomoci, usnadnění života (Pacovský, 1997, s. 60). S odchodem známých blízkých osob se také vytrácí možnost sdílení vzpomínek na společně prožité chvíle. Tato možnost poskytuje pocit vědomí kontinuity života a osobního významu v něm. V tomto směru je ohromě důležitá možnost bydlet ve vlastním přirozeném prostředí, které skýtá možnosti sociálních kontaktů se sousedy a známými z okolí. Na sociálním věku seniora se pochopitelně podílí i zdravotní stav, fyzická zdatnost a celková kondice. Nezanedbatelnou změnou v životě seniora je podle Vágnerové změna morálního uvažování a vztah k sociálním normám. Tato změna se v sociálním stáří

jedince vyznačuje po 70. roce konservatismem, starší lidé ulpívají na zažitých pravidlech, projevuje se zásadní nechuť ke změnám postojů k hodnotám a normám. Někdy dochází k moralizování a vyžadování bezvýhradného respektování řádu a jeho důsledného dodržování. Tato strategie činí pro seniory lidské jednání srozumitelným, uspokojuje jejich potřebu jistoty a bezpečí (Vágnerová, 2007). Sociální věk je velmi individuální, mimo vnější a vnitřní aspekty, které v tomto smyslu člověka ovlivňují záleží i na průběhu celé životní dráhy. Míra, s jakou se jedinec během života dokázal přizpůsobovat novým situacím, dovednost těžit z životních zkušeností ovlivňují ve stáří proces adaptace. (Pacovský, 1994) Zvládnutí tohoto procesu se zpětně odráží v sociálním věku seniora.

2.1.4. Psychický věk

Oblast psychického věku je významnou složkou funkčního věku. Názory odborníků z oborů psychologie a psychiatrie na přirozené změny psychiky s přibývajícím věkem nejsou jednotné, upozorňují na velké inter- a intraindividuální rozdíly. (Pacovský, 1994). „S psychickým stářím souvisí také *subjektivní věk*. To znamená jak se člověk sám cítí a jaké je jeho individuální sebevědomí. Subjektivní věk se projevuje v názorech, postojích a činech. Nemusí být v souladu s objektivní situací a reálnými možnostmi člověka seniorského věku“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 13). Změny psychických funkcí přichází u jednotlivců v různou dobu, mají různou dynamiku, mohou být různě podmíněny, jsou lidmi různě přijímány. I když pro dobu změn u starších jedinců neplatí žádné obecně platné pravidlo, přesto jsou některé změny v souvislosti se seniorským věkem vymezeny.

Změny kognitivních schopností. Jedná se především o změny týkající se *práce s informacemi* a to jak způsobu jejich získávání, ukládání a využití, tak rychlosti a kvality jejich zpracování. V této souvislosti mluvíme např. o prodlužování reakčních časů, přiměřenosti reakcí, schopnosti rozhodnout, vyšší unavitelnosti psychiky a zvýšené citlivosti ke stresu. S informacemi, hlavně s jejich příjmem úzce souvisí změny *percepce*. Hlavně zhoršené zrakové a sluchové funkce vyžadují při příjmu informací zvýšenou pozornost, což může vyvolat napětí a nejistotu, únavu a nepřiměřené afektivní jednání. *Pozornost* je podle Vágnerové (2007) důležitým prediktorem celkové úrovně fungování kognitivních schopností. Změny se týkají úrovně koncentrace pozornosti, jejího rozdělování a přenášení. Podmíněnost změn pozornosti je především biologická.

Je dána redukcí funkční kapacity CNS a celkovým poklesem efektivnosti jeho fungování, dále potom zhoršením řízené inhibiční funkce, nezbytnou pro eliminaci irelevantních stimulů či přetrvávajících paměťových stop. Potíže v učení ve spojení s obtížnější koncentrací pozornosti a větší unavitelností bývají způsobeny také změnami *paměťových funkcí*. Paměť sama o sobě je komplexem funkcí se složitou strukturou. Na jejích změnách se mohou podílet faktory genetické, biologické, včetně somatických onemocnění, strukturální změny, ale také osobní přístup, sebepojetí apod. Jednotlivé složky paměti a jejich funkce mohou být změnami zasaženy různou měrou. U krátkodobé paměti to bývá rychlost zpracování, u dlouhodobé přesnost a výbavnost, u explicitní paměti dochází k nárůstu reminiscencí, u prospektivní paměti bývá narušen systém monitorování času, nejmenší změny vykazuje paměť sémantická, která může naopak tvořit základnu pro další učení (Vágnerová, 2007). Pro globální hodnocení kognitivních funkcí starších osob se v klinické praxi využívá nejčastěji test „Krátká škála mentálního stavu“ – Mini-mental State Examination (MMSE), který objektivizuje a kvantifikuje kognitivní poruchu ve více oblastech a umožňuje zhodnocení: orientace, okamžité paměti a výbavnosti, pozornosti, řečových, rozpoznávacích a praktických funkcí včetně zrakově-prostorové schopnosti, dále pak čtení, psaní a počítání. Tento test je vhodný pro screening u pacientů s podezřením na demenci i ev. monitorování progresu poruchy (Topinková, 2005).

Stav dílčích složek poznávacích schopností ovlivňuje intelektový potenciál. Podle různých výzkumů a studií klesají s věkem schopnosti fluidní inteligence (schopnost řešit nové problémy a priori), daleko později a pozvolněji se mění inteligence krystalická (těží ze zkušeností a znalostí). Stuart – Hamilton (1999) v tomto směru nabádá k opatrnosti při interpretaci vztahu věku a inteligence. Je nutné zvážit, kdy jde skutečně o změnu intelektových schopností a ne o změnu některých složek poznávacích funkcí (např. zpomalení reakčních časů při řešení testových úkolů).

Změny emocionálních funkcí. Změny emocionality probíhají v závislosti na působení komplexu ostatních faktorů, především psychických, somatických a socioekonomických. Vágnerová uvádí, že v ranném stáří k výrazným proměnám emocionality nemusí vůbec dojít při předpokladu dobré zdravotní prognózy, protože například ztráta důležité profesní role při odchodu do penze může být kompenzována úbytkem stresujících požadavků v zaměstnání. Pohoda a klid v ranném stáří však není pravidlem. Člověk se v tomto období musí začít smířovat s nezvratitelností změn které nastaly i o kterých předpokládá že nastanou. To je nelehký úkol, se kterým se ne každý

jedinec vyrovnává bez problémů. Proces smířování se a vyrovnávání s definitivností ztracených nebo změněných hodnot se promítá do emočního ladění seniora. Na tomto procesu se velkou měrou podílí temperament a celkový obraz osobnosti člověka. Jimi se reakce v adaptačním procesu spíše podtrhují nebo modifikují. Většinou dochází ke dvěma protichůdným jevům v emocionalitě a to k *celkovému zklidnění* (díky celkovému zpomalení reakcí i v jiných oblastech) a na druhé straně *zvýšené dráždivosti* (díky obecně zmenšené schopnosti snášet zátěž) (Vágnerová, 2007). Starší člověk dokáže s emocemi pracovat jako s informačním kanálem. Emoční informace jsou pro něj mnohdy lépe uchopitelné než informace reálné (takto vnímané informace jsou občas prezentovány jako „dodané šestým smyslem“). Důležité je, jak senior zintegruje emoční přístup do kontextu jiných druhů hodnocení. Emoční prožitky mají svou intenzitu, kvalitu a frekvenci. S přibývajícím věkem se mění jak jejich hodnoty, tak poměr, v jakém jsou tyto dílčí faktory zastoupeny. Co do počtu mají s přibývajícím věkem emoční prožitky tendenci klesající, také amplituda síly se zmenšuje. Celkový obraz staršího člověka potom působí klidným, vyrovnaným, někdy až apatickým dojmem. Tyto změny se nedějí většinou kontinuálně, ale vychází z aktuálních dějů v životě stárnoucího člověka. Velmi úzkou spojitost má emoční ladění a kognitivní schopnosti. Navzájem se ovlivňují, ztráty v jedné z oblastí podmiňují většinou ztráty v druhé. V nepřímém působení na emoční ladění uvádí Vágnerová i některé osobnostní vlastnosti. Například neuroticismus je spojen se sklonem k negativnímu emočnímu ladění, protože jeho základem je zvýšená úzkostnost a emoční labilita, ve stáří se projeví zhoršenou adaptací na související změny. Naopak extraverte, i když neovlivňuje četnost a intenzitu negativních emočních prožitků přispívá k dobrému zvládnutí změn ve stáří (Vágnerová, 2007).

Zvládnutí a přizpůsobení se změnám které stárnutí přináší působí na pocit pohody a částečně i na sebehodnocení. Souvislost se odehrává hlavně v rovině četnosti emočních prožitků. Člověk, který není schopen změny které se v seniorském věku odehrávají akceptovat a integrovat nově vytvořený stav do svého života mívá negativnější ladění, těžko dosahuje pocitu pohody a spokojenosti, což pro okolí nemusí být zřejmé. Na subjektivních pocitech staví i celkové sebepojetí. U emocionálních funkcí se každá změna promítá do vztahů seniora s ostatními jedinci. Opačně, tyto vztahy mají velkou výpovědní hodnotu o emočním ladění seniora. V ranném stáří většinou funguje na dobré úrovni emoční regulace, kdy senior ovládá své pocity a nálady vůlí. Postupně přechází do strategie prevence, kdy se vyhýbá situacím, které by mohly

způsobit konflikty, nejistotu, nepříjemné citové prožitky, redukuje ambice, „otupuje ostré břity“ emocí se záměrem uchovat si v co největší míře citovou pohodu a vyrovnanost. Emoční ladění ve velké míře závisí na míře soběstačnosti seniora. Strach z bezmoci, marnosti a závislosti na druhé osobě podporuje negativismus, může vyústit až v apatii a rezignaci. Negativně narušené emoce mohou být příčinou depresí, které obzvlášť ve starším věku nebývají správně rozpoznány a léčeny. V geriatrické praxi existuje metoda standardizovaného dotazníku, „Škála deprese pro geriatrické pacienty“, která hodnotí afektivní funkce a depresivní stavy mohou být díky této metodě diagnostikovány. Odborníci doporučují zkrácenou verzi tohoto dotazníku, vzhledem k vysoké prevalenci depresivních syndromů předkládat všem starším osobám (Topinková, 2005). Na druhé straně i u osob zcela závislých na pomoci druhých se může citově velmi důrazně projevit snaha o zachování posledních možností vlastního rozhodování. Například v případě, že člověk není schopen nebo nemůže sám rozhodovat o tom co bude dělat, co si oblékne atp., dokáže se zřetelně projevenými emocemi odmítat jídlo, protože tímto aktem projevuje možná jedinou možnost, jak může sám rozhodnout o své osobě.

Jak již bylo řečeno, ve všech oblastech funkčního věku mohou mezi jedinci existovat velké rozdíly a to jak objektivně, tak v subjektivním pocitu. Rozdíly mohou nastat i intrapersonálně, kdy jednotlivé oblasti nestojí v jedné rovině u stejného jedince. Jednotlivé oblasti funkčního věku se navzájem ovlivňují nebo i podmiňují. Výrazně určujícím fenoménem je somatický stav seniora, přesněji řečeno velikost a počet tělesných změn a ztrát a adaptace jejich přítomnosti. Dalším významným faktorem, který ovlivňuje celý věkový komplex člověka jsou změny sociálních interakcí. Někdy bývá pro seniora ztráta sociálních rolí nebo redukce sociálních vztahů horším adaptačním problémem než změna zdravotního stavu. Proces stárnutí je přirozenou vývojovou složkou života každého člověka. Začíná daleko dříve, než je jedinec na základě společenského konsenzu označen jako senior. Jestliže má adaptace na změny v životě seniora fungovat bez větších problémů je žádoucí, aby příprava na tyto změny nastala ještě před příchodem mladšího stáří, nebo alespoň hned v jeho počátku. Člověk tímto přístupem k etapě vlastního stáří může zabránit vzniku různých handicapů, které vedou k sociální izolaci.

3. Život seniora

„Assidue addiscens ad senium venio“. Přicházím v stařecká léta, stále jsa života žák.

Jde o latinský překlad verše athénskému státníku Solónu (6.stol. př. n. l.), který dochoval Plútarchos v životopisu tohoto politika a básníka. (Kuťáková, Marek, Zachová, 1988, s. 62).

Skutečnost, že se člověk učí celý život nepřestává platit ani v seniorském věku. Přizpůsobení se novým situacím, adaptace na změny v životě, volba životního stylu, přehodnocování priorit, uspořádání vztahů a další dílčí psychosociální aktivity lze zahrnout do procesu sociálního učení. Do života seniora vstupují pochopitelně i jiné okolnosti, které ovlivňují jeho rozhodnutí a udávají rozměr možnostem je uskutečnit. Jde především o možnosti ekonomické, o sociální zázemí a zajištění jistoty a bezpečí (rodina, přátelé, úzké společenské skupiny, popř. sociální služby). Při zachované autonomii zhodnocuje senior svůj život ve vysokém procentu možností sám, určitým procentem se na kvalitě života ve stáří podílí i přístup společnosti. C. G. Jung chápe stáří jako výsledek procesu individualizace s významným vývojovým úkolem, zvládnutí vrcholu osobnostního rozvoje (in Vágnerová, 2007). Dá se říct, že zvládnutí tohoto úkolu je vlastně uměním stárnout. Zároveň něco umět, znamená vyvinout určité úsilí k učení, přípravě. Jako u každého jiného učení vychází i obtížnost úkolu dobře zestárnout z osobních předpokladů (ty jsou dány např. osobnostními rysy, temperamentem, úrovní funkčního věku), ale také z motivace a podpory nejbližšího okolí i celé společnosti. Včasná a účinná příprava na stáří přímo ovlivňuje adaptaci na tento úsek života a pomáhá seniorovi zvládat úskalí, která stáří přináší.

3.1. Příprava na stáří

V moderních společnostech bývá stáří často definováno pomocí kategorie „ekonomické aktivity“, kdy počátek stáří ztotožňujeme s odchodem do penze (Kubalčíková, 2000). V těchto společnostech je většinou tato hranice dána 65 rokem, u nás k této hranici postupně směřujeme. Demografické ukazatele hovoří o prodlužování etapy stáří, což znamená, že přibývá let, které v této etapě senioři prožijí. S nárůstem

počtu let by měla úměrně růst i váha přikládaná přípravě na stáří. Vstupovat „do brány stáří“ nepřipraven je výrazem určité nezodpovědnosti. Odborníci se shodují na časovém rozdělení přípravy na stáří ve třech typech.

Dlouhodobá příprava na stáří. Takto pojatá příprava zahrnuje především systematické působení na celou společnost a na její vztahy a přístupy ke stáří. Doménou dlouhodobé přípravy by mělo být poradenství a primární prevence. Příprava na této bázi je vhodná ve všech oblastech, ve kterých mohou ve stáří změny nastat. Jedná se jak o změny spojené s ukončením ekonomické aktivity (např. sjednání důchodového připojištění), tak v oblasti bydlení a jeho financování (zbytečně vysoké úvěrové zatížení s ohledem na dobu splatnosti, volba bydlení s vysokými náklady) a struktury využití volného času (zaměřenost nejen na fyzicky náročný sport). Primární prevence a osvěta je velmi důležitá v oblasti zdraví. Její dlouhodobé působení například na vhodně volené stravovací návyky může eliminovat nebo zmírnit potíže, které se projeví až ve vyšším věku. Do hlediska dlouhodobé přípravy lze zahrnout i působení na společnost v jejích přístupech a chápání stáří s cílem odstranit ageismus. Tímto jevem jsem se zabývala v samostatné kapitole.

Středně dlouhodobá příprava na stáří. Z hlediska rozdělení věkových kategorií se počátek střednědobé přípravy kryje se středním věkem. Již v této fázi života může docházet k prvním změnám, které ovlivňují život budoucího seniora. Během středního věku může dojít k odchodu dětí z domova, k založení jejich vlastních rodin. To bývá počátkem restrukturalizace volného času, jeho rozdělení mezi různé aktivity seberealizace. V koncepci střednědobé přípravy jsou patrné genderové rozdíly. U mužů, kteří jsou více vázáni profesí je příprava na stáří zaměřena více na hledání „profesní náhrady“, u žen zůstává v popředí zaměřenost na domácnost vlastní, nebo pomoc v domácnosti dětí (Vágnerová, 2007). Aby měla příprava v této době smysl, měla by mít jednotný cíl, uvědomění si hranic vlastních možností s předpokladem ubývajících sil. Pro smysluplné využití času po odchodu do penze je vhodné zvolit si a započít s činnostmi, které budou uspokojovat potřeby seberealizace, stimulace, sociálních kontaktů a aktivity v seniorském věku. Struktura aktivit, volného času, duševní hygiena, pozitivní přínos dlouhodobé přípravy se významně podílí na životním stylu ve stáří a přímo ovlivňuje i kvalitu života v tomto období.

Krátkodobá příprava na stáří. Jak již bylo řečeno, za počáteční bod stáří považuje společnost většinou odchod do starobního důchodu. V životě člověka je to významná událost, která mění jeho sociální postavení. Zahraniční zkušenosti ukazují jako vhodnou

dobu pro krátkodobou přípravu na tento přechod tři až pět let před odchodem do penze. „Značná část české populace chápe odchod do důchodu jako pozitivní změnu života, protože lidem umožňuje věnovat se činnostem, které jsou pro ně více zajímavé a oni se proto mohou cítit spokojenější. Takto uvažující senioři s odchodem do důchodu neváhali a těšili se na něj“ (Vágnerová, 2007, s. 357). Z citace vyplývá, že „načasovaný“ odchod do penze nevítají všichni kterých se tento časový limit týká. Názor na určenou věkovou hranici je různý a závisí a mnoha faktorech. Především u jedinců, kteří do penze budou odcházet „nedobrovolně“ je intenzivní krátkodobá příprava na tuto událost nutná. Bilancováním svého dosavadního života si může člověk udržet dobré sebehodnocení, plánováním mimopracovních činností dát strukturu neorganizovanému času po ukončení režimu v zaměstnání. Někteří ze seniorů se snaží zachovat i sociální kontakty se spolupracovníky zakládáním nebo udržováním klubů, které sdružují bývalé zaměstnance ve starobním důchodu a společnými akcemi se integrují i mezi mladší generace bývalých kolegů. Ztráta profesní role bývá první velmi výraznou ztrátou v životě člověka, úkolem krátkodobé přípravy je především zajištění co nejúčinnějších kompenzačních mechanismů k jejímu vyrovnání v co nejkratším čase.

3.2. Senioři a adaptace

Různými adaptačními procesy projde člověk za svůj život několikrát. Adaptovat se znamená přizpůsobit se novým podmínkám, adaptabilita je potom schopnost přizpůsobit se. Každá změna v životě člověka s sebou nese nové podmínky, s nimiž je nutno se vyrovnat, přizpůsobit se jim. V některých ohledech se adaptace v seniorském věku od ostatních etap vývoje lidského jedince liší. V počátečních fázích stáří se mohou životní změny hromadit (z jedné významné změny plynou další, dílčí), změny se vyznačují převážně „úbytkem“, ztrátou něčeho co bylo pro jedince důležité a zároveň schopnosti a kompetence seniora mají klesající trend, tedy i schopnost adaptability. Pacovský uvádí, že „základním problémem úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na straně jedné a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé“ (1994, s. 25). Zmíněné aktivity se odehrávají jak v subjektivním prožívání seniora, tak v jeho interakcích s okolím. Jednou ze základních podmínek pozitivní akceptace stáří samotného je Eriksonem definovaný vývojový úkol stáří, *dosažení integrity v pojetí vlastního života* (Stuart-Hamilton, 1999, Vágnerová, 2007). Nezdár v plnění tohoto úkolu může být sám

o sobě zdrojem nespokojenosti až zoufalství nad marností dosavadního života. Takový stav není dobrou výchozí pozicí pro adaptační procesy, které by měly provázet změny přicházející ve stáří. Jak bylo uvedeno výše, senior je vystaven změnám biologickým, psychickým a sociálním, individuální je intenzita změn i doba, ve které přichází. Různý je i přístup ke stáří a příprava na něj. Další faktory, které ovlivňují podobu života jedince ve stáří jsou materiální podmínky, žebříček hodnot, životní filosofie, typ osobnosti, doposud prožitá léta a zkušenosti ap. Souhrnem jsou to faktory, které ovlivňují adaptační procesy seniora. Zastoupení jednotlivých faktorů je u jedinců různorodé, což udává i heterogenitu obrazů stárnutí. V názorech stárnoucích lidí platí většinou shoda v přání udržení přijatelné samostatnosti, soběstačnosti a autonomie a strach ze samoty a závislosti na druhé osobě. Přitom pojem samostatnost a soběstačnost jak uvádí Zavázalová může mít různou podobu, závislou na prostředí, ve kterém starý člověk žije. Rozsah pomoci bude určitě jiný u osoby obývající byt bez jakéhokoliv komfortu a osoby žijící v bezbariérovém domě. Funkční potenciál soběstačného člověka však musí odpovídat požadavkům prostředí, ve kterém žije (Zavázalová, 2001). Důležitým prvkem, který se významně podílí na adaptaci, hlavně na zvolené adaptační strategii je určitá vize budoucnosti. Se stoupajícím věkem má člověk čím dál větší tendenci žít pouze přítomností a oporou v minulosti. Stanovit si přiměřené cíle do budoucnosti ještě v době relativně plných sil je velmi konstruktivní a pozitivní strategie. Podle Pacovského je pro vysoký věk typickým jevem maladaptace (malus, lat. špatný). Jde o chybu v procesu přizpůsobení se změnám. Některé adaptační strategie jsou ukázkou maladaptace (1994).

Pacovský dále uvádí (volně podle Bromleyho) typy adaptačních strategií:

Konstruktivnost. Člověk přistupuje k problémům stáří konstruktivně, má přiměřené plány a cíle, které díky zachované soběstačnosti realizuje, je tolerantní, navazuje srdečné vztahy s ostatními lidmi, na prožitý život se dívá spokojeně, neztratil program do budoucnosti. Schopnost přizpůsobivosti takového člověka je vysoká, může počítat s podporou okolí. Tento model adaptace lze považovat za dobrý a výhodný.

Závislost. Přístup a krédo člověka v tomto případě je „ať se ostatní postarají“ směřuje, k pasivitě a závislosti. Není příliš ochotný navazovat nové styky, rád „odpočívá“ v soukromí, je pasivně tolerantní, nechce si nechat rušit svoje pohodlí.

Obranný postoj. Tento postoj zaujímají profesionálně úspěšní lidé, kteří byli zvyklí na významné role, stáří maskují, odmítají pomoc i při ubývajícím soběstačnosti, v

subjektivním pocitu stáří odmítají. Zaměřenost na bývalý život a úspěchy opouštějí až je k tomu donutí závažné objektivní okolnosti.

Nepřátelství. Sklon svalování viny za své neúspěchy se projevoval u těchto jedinců již v předcházejících obdobích, projevují až „otrocké“ lpění na svých zvycích, jsou neústupní v postojích a hodnoceních. Jejich „neohebnost“ se projevuje silným odporem k představě stáří, žijí v ústraní, na problémy stáří reagují nevrle a mrzutě, hrozí jim izolace.

Sebenenávist. Nepřátelský postoj člověka s tímto typem strategie je obrácen proti vlastní osobě. S faktem stáří se sice smiřuje ale neumí k němu zaujmout konstruktivní postoj. Není spokojen se svým dosavadním životem, je pasivní, nemívá žádné vyhraněné zájmy a koníčky, nevěří, že by mohl život nějak ovlivnit, cítí se jako oběť okolností. Svou tělesnou i duševní neschopnost přehání, společenské styky zanedbává, cítí se osamělý a zbytečný. (Pacovský, 1994).

Při užití prvních tří popsaných strategií nemívají senioři s adaptací větší potíže, poslední dvě jsou ukázkou maladaptace. Dá se předpokládat, že zmíněné strategie nemusí u jednotlivců existovat v naprosto vyhraněné formě.

4. Senior a jeho potřeby

4.1. Teorie hierarchie potřeb člověka

Nutnost uspokojování potřeb se u člověka projevuje od narození až do smrti. Vzhledem k tomu, že člověk je komplexní, nedělitelnou bio-psycho-sociální a spirituální jednotkou, je nutné i jeho potřeby považovat za jeden celek. Zřejmě nejznámějším grafickým znázorněním hierarchie lidských potřeb je pyramida potřeb amerického psychologa A. H. Maslowa, který rozčlenil lidské potřeby do pěti základních kategorií a sestavil vertikálně. V základně, na prvním stupni této pyramidy jsou umístěny fyziologické potřeby, postupně jsou řazeny potřeba bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a potřeba seberealizace a sebenaplnění. Připouští se obecný princip, že uspokojování „vyšších“ potřeb je uplatňováno až po uspokojení potřeb nižších.“ Sám Maslow připouští výjimky, kdy např. fyzické strádání bylo nahrazeno uspokojením estetických potřeb. (Pichaud, Thareauová, 1998). Například o potřebě seberealizace a sebenaplnění, které patří k nejvyšším potřebám tvrdí Zavázalová, že člověka provází celý život, tedy i ve stáří a jsou nezbytné pro prožití plnohodnotného života (Zavázalová, 2001). Je zřejmé, že uspokojení potřeb zajišťující samotný život a zdraví má klíčový význam pro celkový stav jedince. Potřebou se ale „nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také a hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je určitá síla, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem ke člověku, předmětu nebo činnosti. Potřeba je projevem bytostného přání“ (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 36). V uspořádání potřeb tedy nelze na „vyšší“ potřeby nahlížet jako na podmíněně existující. Upřednostnění uspokojení potřeb v základních pozicích pyramidy je spíše výrazem snahy o zajištění zdraví jako základní podmínky k uspokojování potřeb dalších. Hierarchické uspořádání potřeb lze brát i jako jakési vodítko v odhadu touhy po uspokojení potřeby. Jestliže senior například upřednostní potřebu z kategorie autonomie před potřebou nejzákladnější - fyziologickou, bude asi na místě zamyslet se nad silou této touhy a nad tím, co může signalizovat.

4.2. Potřeby v životě seniora

Přidržíme-li se Maslowovy pyramidy potřeb, v jejím základu na 1. stupni jsou umístěny zcela základní *fyziologické potřeby*. Jejich uspokojením si člověk zajišťuje

především svůj zdravotní stav a tím potažmo i dobrou startovací pozici pro psychickou pohodu. Do těchto potřeb patří výživa, vylučování, dýchání, spánek a odpočinek, pohyb a chůze, hygiena, správná teplota, zdraví, tišení bolesti, smích a pláč, fyzické kontakty. (Pichaud, Thareauová, 1998). Druhým stupeň pyramidy tvoří **potřeba bezpečí**. Pocit bezpečí je velmi subjektivní záležitostí, při pomoci v plnění potřeb z oblasti bezpečí je nutné k tomuto faktu přihlédnout. Z celku potřeb bezpečí lze dále rozlišit kategorie *potřeby ekonomického zabezpečení*. Splněním potřeb této kategorie senior zabraňuje pocitu nedostatku, strachu z něj, zbytečného zásobování jídlem nebo oblečením. Dále se jedná o *potřeby fyzického bezpečí*. Tato potřeba souvisí především se sníženou pohyblivostí a jistotou při pohybu. Senior pociťuje potřebu chránit se před pády a následným poraněním. Úbytek stability a fyzické zdatnosti potřebné k pohybu se dá nahradit různými kompenzačními pomůckami nebo dopomocí. Tam, kde se na pohybu seniora podílí svou pomocí další osoba je někdy nutné vysvětlit příjemci že účinná pomoc nespočívá tolik v tělesné konstituci pomáhajícího, jako v jeho odborně správně vedených pohybech a síle a hlavně ve skutečnosti, že je na blízku v požadovanou dobu. Vzhledem k tomu, že pohyb je pro staršího člověka velmi důležitým faktorem jeho celkové pohody je důležité plnění potřeby bezpečí věnovat patřičnou pozornost. Existují různé odborné příručky, ve kterých lze najít zásady pomoci při přemisťování nebo pohybu s imobilním, nebo částečně mobilním člověkem, které se týkají zapojení správných svalových partií při pohybu, udržování rovnováhy apod. V neposlední řadě jsou možná i odborná proškolení lékařem, fyzioterapeutem, nebo rehabilitačním pracovníkem (Tošnerová, 2002). Poslední z trojice potřeb bezpečí je *potřeba psychického bezpečí*. Ta vychází z nutnosti alespoň minimálního řádu v životě seniora, určitých „bodů“, k nimž život směřuje. Vedle časové orientace, kterou mohou zajistit úkony běžného dne (hlavní jídla, televizní pořady, doba nákupu, příchodu pečovatele atd.), nabývá na důležitosti například i dodržení slíbené návštěvy rodinným příslušníkem nebo přítelem, organizace kolem oslavy narozenin nebo různých svátků ap. Na rozhraní fyzického a psychického pocitu bezpečí se pohybují činnosti v intimní sféře osobní hygieny, oblékání, ap. K porušení intimního prostoru těla, doteky a nahotu jsou starší lidé velmi citliví, pomáhající osobě musí důvěřovat aby si zachovali pocit psychického bezpečí (Venglářová, 2007). Při pomoci v zajištění bezpečí a bezpečnosti seniora je důležité především plnit přání seniora a zajišťovat jeho potřeby v souladu s jeho vůlí. Nepřiměřená péče v tomto směru posouvá seniora do roviny bezmoci a

závislosti a místo jeho pocitu jistoty navozuje více pocit dobře konstruovaného zajištění na straně pečovatele.

Třetím stupněm Maslowovy pyramidy potřeb jsou **potřeby sociální**. I tento stupeň je souborem několika druhů potřeb z oblasti života seniora ve společnosti. *Potřeba informovanosti* vyjadřuje přání být součástí okolního světa, být ve spojení s ním. Právě v seniorském věku naráží tato potřeba na několik překážek. Mohou souviset se somatickým stavem jedince. Omezená pohyblivost může způsobit redukci sociálních kontaktů při neschopnosti seniora samostatně vycházet z domu, při problémech s úbytkem sluchu vznikají bariéry v komunikaci navozující až pocity podezřavosti, zrakové ztráty znemožňují nebo výrazně omezují sledování médií (čtení novin, časopisů, sledování televize). Další z oblasti sociálních potřeb je *potřeba příslušnosti k nějaké sociální skupině*. Tuto potřebu naplňuje senior kontinuálně v roli rodinného příslušníka, souseda, člena klubu nebo jiných organizací, přítele, známého, vrstevníka, ap. Zdrojem pro uspokojení této potřeby je vedle rodiny a nejbližšího okolí i možnost navštěvovat zájmové akce, realizovat vzájemná setkání s přáteli nebo naprosto obyčejně potkávat známé z okolí. Velmi vážným zásahem do této kontinuity je nutnost opustit místo, kde takové sociální vazby existují, ať je to přestěhování do jiné domácnosti nebo do pobytového zařízení sociálních služeb. Vždy dojde k redukci kontaktů, se kterou se senior většinou špatně vyrovnává. *Potřeba lásky* je vyjádřením bytostného přání člověka aby jeho existence k někomu směřovala, aby mohl mít někoho rád a sám byl objektem lásky jiné osoby. Poslední ze souboru sociálních potřeb je *potřeba vyjádřit se a být vyslechnut*. Komunikace je velmi důležitým prvkem lidské existence. Komunikací vyjadřujeme své pocity, myšlenky, názory, v komunikačním procesu také nasloucháme druhým. Nejedná se tu ovšem jen o kvantitu verbálního projevu ale i o možnost účastnit se komunikace ostatních, získávat podněty, poznatky, mít možnost se k nim vyjádřit (Pichaud, Thareauová, 1998, Vágnerová, 2007). Komunikace se seniorem se mnohdy stává zkouškou pro pečující osobu jak ve schopnosti empatie, tak v komunikačních dovednostech a znalostech. **Potřeba autonomie**, ve smyslu rozsahu svobody rozhodování je potřebou, která v seniorském věku nabývá u člověka velké důležitosti. Autoři zprávy výzkumného projektu „Senioři ve společnosti. Strategie zachování osobní autonomie“ citují klasifikaci autonomie podle Hoffmana „*funkcionální autonomie*“ jedinec řídí a organizuje vlastní aktivity bez cizí asistence, *postojová*– jedinec má a prosazuje vlastní názory, *emocionální*– individuum nevyžaduje excesivní požadavky na souhlas, blízkost a emocionální

podporu jiných lidí a *konfliktní*- netrpí mimořádnými pocity viny, strachu vůči druhým. V návaznosti na Pichauda a Thareau (1998) dodejme ještě *tělesnou a smyslovou autonomii*, která souvisí se samostatným uspokojováním fyziologických potřeb“ (Sýkorová a kol. 2003, s. 9). Je nutné podotknout, že stupeň autonomie nemusí být v přímé úměře s mírou soběstačnosti. I člověk fyzicky závislý na jiné osobě si může uchovat vysoký stupeň autonomie jestliže sám chce a jestliže mu to sociální prostředí umožní. Na míře autonomie u seniora rozhodně závisí i kvalita jeho života. S potřebou autonomie je rovněž spojena potřeba uznání a užitečnosti pro druhé, umocněné především ve vyšším věku. Hierarchii potřeb uzavírá **potřeba seberealizace, sebenaplnění**. Po odchodu do penze většinou člověk ztrácí nejvýznamnější zdroj uspokojení této potřeby – svou profesi. Někteří senioři tento fakt spojují se ztrátou vlastní hodnoty, snaží se ztrátu kompenzovat jinými aktivitami nebo zdůrazňováním minulých výkonů (Vágnerová, 2007). Potřeba seberealizace a sebenaplnění prolíná s předchozím stupněm potřeb uznání a užitečnosti. Poté, co se senior vyrovná s penzionováním, otvírá se mu prostor pro jiné aktivity, při kterých může být potřeba seberealizace a sebenaplnění uspokojena. Může jít o činnosti v rodině, pro osoby v okolí, v organizacích a klubech, zvláště u dnešních mladších seniorů se nabízí spousta smysluplných aktivit, které pozitivně ovlivňují kvalitu jejich života a udržují aktivní životní styl. Jednou z těchto aktivit je i vzdělávání seniorů, o které se v posledních letech zvedá zájem. Pocit uspokojení, naplnění může člověk získat jednoduše i tím, že se znovu podívá do míst, se kterými se váže určitá etapa jeho života, že se umí bavit, že dbá o svůj zevnějšek, že se nebrání emočním projevům (Hudcovic, Groh, 1983). Vágnerová uvádí, že v seniorském věku postupně klesá význam potřeby seberealizace, nebo se mění způsoby jejího uspokojování, zároveň zmiňuje u související potřeby otevřené budoucnosti a naděje význam radosti z existence zachovaných hodnot po přijetí nevyhnutelnosti vlastní smrti a důležitost úkolu ranného stáří-změny smyslu vlastního života (Vágnerová, 2007). Zvláště u uspokojování potřeby seberealizace je pro seniora důležité, aby si nekladl nereálné cíle a vyhnul se tak frustraci pokud jich nedosáhne.

5. Sociální služby

Stáří jako věková kategorie samo o sobě nemusí být důvodem k užívání sociálních služeb. Jak bylo nastíněno v předchozích kapitolách, ve stáří dochází k určitým změnám, díky kterým může být ovlivněna úroveň soběstačnosti seniora v určitých oblastech jeho činností, ať už jde o péči o domácnost, vlastní sebeobsahu, nebo sníženou schopnost uspokojovat potřeby vyšších úrovní. V takových životních situacích senior očekává pomoc od svého okolí. Nejvýznamnějším článkem v poskytování pomoci je bezesporu rodina a blízcí přátelé. Další formu pomoci senior většinou hledá až tehdy, jsou-li možnosti rodiny a nejbližšího okolí vyčerpány. Společenskou formou pomoci jsou sociální služby.

5.1. Vymezení pojmu sociální služby

Zákon 108/2006 Sb., rozumí sociální službou činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Dále tento zákon uvádí, že rozsah a forma pomoci a poskytnuté podpory musí zachovávat lidskou důstojnost, musí vycházet z individuálně určených potřeb, má na osoby působit aktivně, podporovat jejich rozvoj a samostatnost, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Při poskytování sociálních služeb musí být zachována lidská práva a základní svobody osob.

Podle tohoto zákona existují tři základní typy sociálních služeb a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, které jsou poskytovány formou terénní, ambulantní nebo pobytovou.

Zákonem jsou rovněž upraveny další náležitosti, které se sociálních služeb týkají, jako příspěvky na péči, druhy sociálních služeb a podmínky jejich činnosti, financování, odbornost pracovníků.

Kvalitu poskytované péče upravuje vyhláška 505/2006 Sb. Sociální služby zmiňuje i „Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením“ a to v souvislosti s rehabilitací těchto občanů s cílem dosažení co nejvyššího stupně samostatnosti.

Jednotlivé typy sociálních služeb lze zvolit jako alternativu pomoci nahrazující pomoc rodiny, uživatel může využít i možnosti služby kombinovat tak, aby mohl co nejdéle setrvat ve svém přirozeném sociálním prostředí.

5.2. Sociální služby pro seniory

„Systém sociálních služeb pro seniory by se měl dotýkat všech sfér jejich života, měl by respektovat jejich práva a individuální potřeby a současně by měl zajistit pomoc rodinám, které pečují o nesoběstačné seniory“ (Jurenková, 2008, s. 24).

Systém obsahuje všechny druhy (*sociální poradenství, služby sociální péče, služby sociální prevence*) i formy (*pobytové, ambulantní, terénní*) sociálních služeb.

Základní sociální poradenství je součástí poskytování všech druhů sociálních služeb, k řešení nepříznivých sociálních situací přispívá poskytováním informací, potřebných k jejich řešení, odborné sociální poradenství se zaměřuje na jednotlivé sociální skupiny, poskytuje tedy i pomoc seniorům jak odborným poradenstvím, tak možnostmi půjčování kompenzačních pomůcek.

Podstatnou část systému sociálních služeb pro seniory tvoří služby sociální péče, které napomáhají v zajištění fyzické a psychické soběstačnosti a v zapojení do běžného života. Podle zákona 108/2006 Sb., jde především o služby:

Osobní asistence, je služba terénní, poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

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

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

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění

nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Denní stacionáře poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. *Týdenní stacionáře* poskytují pobytové služby, jinak pro ně platí totéž, co u denních stacionářů.

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních je při poskytování sociálních služeb přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Z oblasti služeb sociální prevence, které napomáhají zabránit vzniku sociálního vyloučení jsou seniorům určeny zejména:

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, které jsou jako služby ambulantní, popřípadě terénní poskytované seniorům v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

A také soubor specifických činností *sociální rehabilitace* směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Součástí programu většiny vyjmenovaných typů služeb jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a sociálně aktivizační činnosti. Poskytování pomoci při těchto činnostech je tedy zákonem postavena na stejnou úroveň jako poskytování

pomoci která se týká uspokojování fyziologických a sociálních potřeb. Edukace, zahrnující výchovu a vzdělávání je významným nástrojem udržení nebo zvýšení kvality života seniorů a má velký vliv na integrační proces seniorské populace do celé současné společnosti.

5.3. Význam center denních služeb a domovů pro seniory

Pro účely této práce je vhodné se těmto typům sociálních služeb věnovat podrobněji.

Centra denních služeb jsou ambulantní službou sociální péče, jak vyplývá ze Zákona 108/2006 Sb., mají uživatelům se sníženou soběstačností napomáhat v zajištění fyzické a psychické soběstačnosti tak, aby se mohli v co nejvyšší míře zapojit do běžného života společnosti, zabránit sociálnímu vyloučení. Podpora a pomoc má mít takovou podobu, aby uživatele motivovala k samostatné aktivní činnosti a jejich nepříznivá sociální situace nebyla prodlužována a zhoršována. Služby v denním centru jsou poskytovány odborně a vymezení základních činností uvádí výše zmíněný zákon. Pokrývají jak základní fyziologické potřeby seniora, tak jeho potřeby psychické a sociální. Centra denních služeb nabízí většinou rozmanitou řadu aktivit, ze kterých si senior sám vybírá a na základě spolupráce s poskytovatelem sestavuje individuální plán. Pro tento krok je důležitá ze strany poskytovatele znalost funkčního potenciálu seniora, protože při poskytování pomoci je důležité především využití všech jeho zachovalých schopností a dovedností a jejich posilování, vedoucí k soběstačnosti. Některá zařízení poskytují pro lepší orientaci seniora a získání informací o klientovi možnost „zkušebních“ (např. třídních návštěv). Významnou výhodou tohoto typu služby je fakt, že se senior vrací do svého přirozeného domácího prostředí, není přerušena kontinuita sociálních vazeb s rodinou nebo komunitou. Stávající sociální kontakty tedy nebyvají přerušeny, naopak, jejich okruh se rozšiřuje navázáním nových kontaktů v zařízení centra. Možnost výběru z nabízených služeb a pomoci, i toho, bude-li poskytnuta centrem, nebo z okruhu pečovatelů domácího prostředí aktivizují potenciál uživatele služby, který je potom schopen rozhodovat, nést odpovědnost za svá rozhodnutí a život (Kubalčíková, 2005). Jako velmi přínosná se při využití této nepobytové služby jeví i možnost sdělování a sdílení. Nabízí se zde určitá analogie s denním režimem člověka mladšího věku, kdy si rodinní příslušníci po příchodu ze zaměstnání nebo ze školy sdělují své zážitky, postřehy a poznatky které během dne

nabyli a společně je sdílí. Pro seniora je důležitou potřebou možnost někomu něco sdělit a s někým něco sdílet. Dá se předpokládat, že možnost návratu do domácího prostředí je zároveň možností i pro uspokojení této potřeby. Významným rysem poskytování služeb denními centry je forma tzv. úlevové péče, poskytovaná rodinám nebo osobám, které o seniora jinak pečují. Dobu, kdy je senior v péči zařízení mohou využít pro své činnosti nebo odpočinek. „Podpořit rozvoj středisek respitní péče a snížit tak poptávku po ústavní péči“ se stalo i jedním z cílů „Národního plánu vyrovnávání příležitostí“ (2005, k.: 4.5., s. 13).

Domovy pro seniory jsou vymezeny zákonem 108/2006 Sb., jako pobytová služba sociální péče pro osoby se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Do základních činností domovů pro seniory patří poskytnutí ubytování a stravy, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Slovo pomoc má i v domovech pro seniory stejný význam a obsah jako u předchozí služby, pomoc nemá být nahrazením činnosti uživatele činností pečujícího, má respektovat všechny možnosti, kterých může senior využít, aby se tak jeho stav snížené soběstačnosti nezhoršoval ale zlepšoval nebo alespoň udržoval. Obecně lze konstatovat, že názory na tento druh služby u veřejnosti příliš kladné nejsou, na druhé straně je fakt, že poptávka po ní neustále převyšuje nabídku s tím, že je splňována podmínka svobody rozhodování a zařízení přijímá uživatele na základě uvědomělého souhlasu. Podle Matouška (1995) je jednou z funkcí péče v domovech pro seniory náhrada chybějící péče rodiny, bez níž se senior nemůže obejít. V tomto případě by byl život seniora v prostředí vlastní domácnosti značným rizikem a rozhodně by se neudržovala ani jeho kvalita (Mühlpachr, 2004). Proti nevýhodě ztráty soukromí (u jednotlivých zařízení omezeném v různé míře), stojí výhoda pocitu bezpečí, určitého „pohodlí“ v zajišťování mnoha potřeb, zajištění sociálních i zdravotnických služeb „pod jednou střechou“, čili vyloučení nutnosti přesunů při jejich zajišťování z domu. Trendem dnešní doby je deinstitucionalizace. Na druhé straně „je nutné počítat s tím, že moderní rodina je stále méně ochotna a méně schopna pečovat o své handicapované členy a moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Počet lidí, kteří jsou v nějakém ohledu nedostateční proto přibývá a ubývá tradičních zdrojů společenské

opory“ (Mühlpachr, 2006, s. 101). Určitým řešením situace tak, aby se co nejvíce eliminovaly nevýhody ústavní péče a výhody pobytu byly zachovány je restrukturalizace její podoby ve prospěch komunitního nebo podporovaného bydlení. Významným přínosem ústavní péče je pro seniora účast odborníků v pomoci, která je mu poskytována. Požadavky na odbornost pracovníků v zařízení jsou dány zákonem 108/2006 Sb. a kvalita péče by měla odpovídat standardům podle vyhlášky 505 téhož zákona. Legislativní úprava tak zajišťuje, že péče v ústavním zařízení nemůže být vykonávána neodborně a nekvalitně. Jako na další významnou složku péče domovů pro seniory můžeme pohlížet i na množství a rozmanitost aktivit, které zařízení většinou nabízí. O zapojení do některé z nich může rozhodnout u některých jedinců právě šíře nabídky, která „zapůsobí“ jako stimulující prvek zájmu. Tento „komfort“ by měl senior při péči čistě ze strany rodiny jen těžko zajištěn. V nabídce aktivit domovů pro seniory jsou zastoupeny i ty, které mají povahu vzdělávací a edukační. Jak se na jejich využití dívají pracovníci těchto zařízení je otázka pro praktickou část této práce.

5.4. Pracovníci v zařízeních sociálních služeb

Zákon 108/2006 Sb., upravuje mimo jiné i předpoklady pro výkon činností v sociálních službách, které se týkají pracovníků tuto činnost vykonávajících. Okruhy pracovníků potom zákon rozděluje na *sociální pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotnické pracovníky, pedagogické pracovníky a další odborné pracovníky, kteří přímo poskytují sociální služby*. Činnost těchto pracovníků může být dále doplněna činností dobrovolníků. Zařízení nemusí mít stejnou strukturu pracovníků, kteří se podílí na poskytování služby. Struktura se může lišit podle druhů činností, která je v zařízení nabízena. Pracovní náplně by ale měly odpovídat profesnímu zaměření a kvalifikaci pracovníků, kteří činnosti provádí tak, aby jednak odpovídaly legislativní úpravě a také pro zajištění kvality poskytovaných služeb. Tento požadavek je důležitý u všech profesí, nejpatrnější je zřejmě u těch, kde dochází ke shodě v profesním názvu, např. rehabilitační pracovník (náplň práce může být rehabilitace zdravotní nebo sociální ap.), terapeut, (přístup ergoterapeuta může být pedagogický nebo léčebný) apod.

Práce všech výše uvedených skupin pracovníků by měla vycházet z potřeb seniorů – uživatelů služby. Potřeby člověka jsou záležitost „rozměrného komplexu“, který nelze jednoduše dělit, a profesní role jednotlivých pracovníků jsou podle měřítka tohoto komplexu naopak hodně diferencovány. Pro zachování ucelenosti při plnění

potřeb seniora je tedy velmi nutná spolupráce všech pracovníků, kteří se na činnosti podílí včetně návazné spolupráce s rodinou, odborníky z medicínských oborů, techniky z oblasti protetiky apod. V tomto smyslu potom mluvíme o komplexních službách.

Motivovanost personálu v zařízeních sociálních služeb považuje Rheinwaldová za klíčovou pro kvalitu aktivizačních programů. Autorka dále uvádí, že problémem, který se promítá do funkčnosti programů je orientace programu na uživatele, ne na personál. Docílit takové správné orientace někdy vyžaduje změnu myšlení a praktik, na které je personál zvyklý. (Rheinwaldová, 1999).

Dosud přesně nespecifikovaná je v sociálních službách pracovní náplň *aktivizačního pracovníka*. Jeho role nefiguruje pouze v samotném typu aktivizační činnosti a to při její tvorbě a realizaci. Aktivizační pracovník by se měl podílet i na organizaci zájmových činností, stimulaci a motivovanosti, doprovázení a komunikaci klienta, měl by rozpoznávat a reagovat na klientovy potřeby a navazovat spolupráci s dalšími odborníky, spolupracovníky a osobami v okolí. Z uvedeného výčtu činností, které se k roli aktivizačního pracovníka vztahují je patrné, že nároky na odbornost a osobní předpoklady takového pracovníka budou vysoké (Faktorová, 2008).

6. Aktivizace seniorů

6.1. Význam aktivizace pro seniora

Slovník cizích slov uvádí pod heslem „aktivizace“ – jde o „rozvinutí intenzivnější činnosti“. Pro aktivizaci seniorů o těchto činnostech platí že jsou většinou realizovány v podobě programů s cílem rozvíjet kvalitu života a uspokojovat potřeby seniora.

Podle Mühlpachra „Lze obecně konstatovat, že i ve starším věku je nejdůležitějším kritériem kvality života různorodost potřeb a možnost jejich uspokojování, ať už jde o potřeby fyziologické, psychické nebo sociální. Psychologická teorie aktivního stárnutí předpokládá, že ve stáří jsou v podstatě zachovány potřeby středního dospělého věku – především potřeba být nadále aktivní a mít pocit užitečnosti“ (Mühlpachr, 2004, s. 138). Müller uvádí aktivitu jako „jeden z nejdůležitějších nástrojů naplňování kvality života seniorů proto, že všeobecně přispívá k jejich větší životní spokojenosti odvíjející se od kladného subjektivního prožitku (z dobře vykonané práce, dobrých rodinných vztahů, dobře stráveného času apod.), ale také proto, že přispívá k udržování potřebné tělesné a duševní výkonnosti (či k její rehabilitaci) (např. posilováním fyzické kondice, paměti, myšlení, tvořivosti) a tím ke smysluplnému zapojení do společnosti“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 36). Čornaničová, ve spojitosti s edukací (jako významnou lidskou aktivitou), definuje kvalitu života jako „určitý koncept toho, co člověku přináší pocit pohody a spokojenosti se životem“ (Petřková, Čornaničová, 2004, s. 40), přičemž jednotlivé koncepty mohou být velmi odlišné. O aktivizačních programech realizovaných v sociálních službách říká Rheinwaldová že by měly být vyvážené co do podílu zábavy a terapeutického účinku, že by měly plně uspokojovat potřeby obyvatel a měly by uživatelům poskytovat příležitost uplatňovat všechny jejich schopnosti a funkce. Autorka dále podtrhuje, že „úspěch programu je závislý na motivaci a nadšení celého personálu a to jak profesionálů, tak dobrovolníků, kteří se na činnostech podílejí“ (Rheinwaldová, 1999, s. 13). V ranějších vývojových stádiích člověka je jakýmsi „samozřejmým“ hnacím motorem aktivity jeho činnost profesní (jak příprava na profesi, tak samotný její výkon), funkce a role v rodině, volnočasové aktivity, atd. Po vyvázání z pracovní činnosti – odchodu do důchodu člověk ztrácí hlavní složku aktivní činnosti, svou profesní roli. S

touto změnou většinou přichází „zisk“ velké dávky volného času. Pro seniora je žádoucí, aby ho užitečně a smysluplně využil způsobem, který mu dodá pocit uspokojení, užitečnosti, přispěje k udržení duševního i fyzického zdraví. Vágnerová (2007) uvádí, že bývá pro seniora v penzi někdy obtížné takové aktivity najít, zmiňuje také roli úbytku tělesných sil, větší unavitelnost a sklon k pohodlnosti. Zvládnutí a překonání podobných překážek a nalezení přiměřených aktivit souvisí s výše zmíněnou přípravou na stáří a může se stát polem působnosti odborníků, zabývajících se procesem aktivizace, kteří pomohou seniorovi vhodné aktivity nalézt a realizovat. Ze zorného úhlu společnosti potom aktivní stáří alespoň částečně boří předsudky a mýty způsobující ageismus.

6.2. Oblasti aktivizace seniorů

Jestliže uvažíme, jak podmiňující je lidská aktivita pro kvalitu života s přihlédnutím k subjektivitě jejího vnímání každým jedincem, dojdeme pravděpodobně k závěru, že aktivizovány mohou být všechny oblasti lidského bytí, které jeho kvalitu pozitivně ovlivňují. Čornaničová (2004) cituje prakticisticky orientovaný model WHO, podle kterého existují čtyři základní oblasti, podílející se na kvalitě života s uvedením určujících indikátorů: *Tělesné zdraví a úroveň nezávislosti* (indikátory – energie a únava, bolest a nepohoda, spánek a odpočinek, mobilita, aktivity v každodenním životě, závislost na lécích a zdravotních pomůckách, pracovní kapacita), *psychické funkce* (indikátory – image vlastního těla a vzhledu, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost, spiritualita, osobní přesvědčení), *sociální vztahy* (indikátory – osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivity), *prostředí* (indikátory – finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost, zdravotní a sociální péče, prostředí domova, možnosti získat informace a kompetence, participace na volnočasových a rekreačních aktivitách, fyzikální prostředí, doprava). V každé z těchto oblastí je aktivizace více či méně úspěšně realizována.

Müller uvádí příklady realizace aktivizace seniorů v:

- Ø rehabilitační péči fyzioterapeutickými postupy ve zdravotnictví,
- Ø podpoře rovnosti příležitostí pro seniory na trhu práce,
- Ø dostatečné nabídce různých forem institucionálně vedeného vzdělávání seniorů, (jak v oblasti státního, tak neziskového sektoru) a jejich adekvátního obsahu, včetně terapeuticko-formativně laděných činností,

- Ø dostatečné nabídce možností uplatnění zájmů a koníčků seniorů ,
- Ø dostatečné nabídce možností společenského života,
- Ø rovnosti příležitostí k zapojení do veřejného života (např. zapojení do práce místních správních orgánů, dobrovolnická práce apod.) (Kozáková, Müller, 2006).

Lze předpokládat, že člověk „dobře připravený“ na stáří se bude schopen o aktivity v seniorském věku alespoň po nějakou dobu postarat sám. V životě seniora se však mohou vyskytovat ovlivňující faktory, které na jeho aktivitu působí. Podle Pacovského (1994) k nim patří:

- Ø „ Zdravotní stav (ovlivnění reduktivní i konstruktivní),
- Ø individualita osobnosti, osobní pojetí stáří, hierarchie hodnot a potřeb
- Ø „subjektivní věk“ (autohodnocení osobních možností),
- Ø motivace ke konání (vnější a vnitřní „donucovací síly“),
- Ø sociální podmínky (různé nabídky možností, šance ve výběru možných aktivit, samostatnost či závislost, činnosti v rodině, dobrovolnictví ve společensky prospěšných aktivitách),
- Ø ekonomické faktory (placené činnosti a různé motivace pro jejich vykonávání, materiální podmínky pro osobní zájmovou činnost),
- Ø společenské mínění o stáří (tradiční model životních drah: vyšší věk = tzv. zasloužený odpočinek, role starých lidí: nemít roli)“ (Pacovský 1994, s. 105 – 106).

Tam, kde se v životě seniora vyskytnou překážky způsobující útlum aktivity vedoucí až k depresím, pocitu opuštěnosti, apatii nebo agresi je žádoucí pokusit o vhodně zvolenou aktivizaci jako „specifickou metodu intervence do života seniora, jejímž cílem je uspokojit jeho fyzické, psychické, duchovní a společenské potřeby“ (Faktorová, 2008 s. 25).

I v mladších věkových obdobích může každý jedinec hodnotit jako přínosnou takovou aktivitu, která u něj nepostrádá motivaci a smysl. Totéž platí v seniorském věku, možná s ještě větší intenzitou. Tento fakt by neměl být opomíjen a v záměru aktivizovat seniora by nemělo dojít k vyvíjení aktivity jen pro činnost samotnou ale pro podporu seniora v jeho vlastním rozhodování, v uspokojování jeho potřeb. Položíme-li otázku „kde“ aktivizovat z hlediska podílejících se oborů, budou díky různorodosti a komplexnosti lidských potřeb uvedeny zcela určitě obory pedagogické, psychologické, sociální, medicínské, technické a mnoho dalších. Konkrétním místem potom mohou být

například vzdělávací instituce, místa volnočasových a zájmových aktivit, kluby, zařízení sociálních služeb, společenské prostředí různých organizací, místa kulturního vyžití, sportoviště, zařízení zdravotní péče ale i prostředí rodiny, chata, příroda atd. V každém oboru a na každém místě by měl mít realizátor na paměti nutnost spoluúčasti seniora nejen na průběhu aktivizačního programu ale i na jeho tvorbě, aby se v něm nestal pouhým „divákem“.

6.3. Prostředky k realizaci aktivního života ve stáří

Velmi silným, možná i prvořadým faktorem ovlivňujícím aktivitu seniorské populace je obecně společenské klima, způsob, jakým k seniorům společnost přistupuje. „Prolomení hranic věku“ ovlivňuje jak chování seniorů, tak „nabídku“ různých druhů aktivit, kterých se senioři mohou a chtějí účastnit. Ideální stav, ve kterém by se „aktivní stáří“ mohlo uplatnit ve všech oblastech společenského života bez omezení ještě nenastal ale některé příklady možností pro aktivní život seniorů hovoří přece jen o pozitivním posunu. Uvedené příklady uvádí možnosti, které se však nemusí vždy krýt se zájmem seniorů v jejich využití.

Ø *Společenské aktivity* můžeme rozdělit do dvou okruhů. Jedním je vlastní práce pro společnost, např. práce v místních zastupitelstvích, dobrovolnická práce v neziskových organizacích, lektorská činnost v programech komunitních knihoven, práce s dětmi apod. Aktivity tohoto druhu pomáhají seniorům v seberealizaci, podporují pocit užitečnosti. Z jiného úhlu pohledu se můžeme na společenské aktivity dívat jako na skupinovou činnost, kde probíhají setkání s různým účelem, např. tématicky zaměřené kluby, sdružení, kroužky, ale i společné kulturní akce, debataní setkání atd. Je to prostředí podporující komunikaci, navazování nových a upevňování stávajících společenských vztahů, zabraňující pocitu opuštěnosti. V zahraničí se poslední dobou osvědčuje seniorská dobrovolnická činnost. Senioři zajištění příjmem z penze ve vyhovující výši se bezplatně, nebo za symbolickou odměnu zapojují v prospěšných činnostech charitativních, kulturních, organizačních apod. s plnou zodpovědností za tuto činnost. Nezištné cíle mohou dát seniorovi smysluplné prožití volného času (Pacovský, 1997).

Ø *Pohybové aktivity* mohou být realizovány individuálně nebo skupinově. Jsou pro seniora velmi žádoucí a důležité, protože udržují fyzickou kondici a napomáhají

k celkově k dobrému stavu organismu. Mohou mít podobu organizovaných sportovních skupin, kde jsou příslušné sportovní výkony přizpůsobeny možnostem a dovednostem členů (volejbalový, fotbalový tým apod.), klubů, kroužků, hodin, vyhrazených pro „starší“ (turistika, kondiční cvičení, tanec, stolní tenis, aerobik apod.) nebo vycházek. Do pohybových aktivit můžeme zařadit i rekreační činnost na chatách, zahrádkaření, kutilství nebo péči o zvíře.

Ø *Duchovní aktivity* jsou pro mnohé seniory aktivitami se stěžejním významem. Souvisí s vývojovými úkoly jak ranného, tak pravého stáří, v opoře, kterou mu může poskytnout víra v hledání smyslu, hodnot a smíru ve vlastním životě. Po mnoha letech popírání samotné existence duchovních potřeb člověka se otevřely některé možnosti duchovních aktivit v celém spektru věkových kategorií, tedy i pro seniory. Jsou jimi skupinové aktivity, např. biblické hodiny, hodiny katecheze, návštěvy poutních míst, pěvecké sbory farností, skupinová setkání s ostatními farníky a knězi nebo individuální aktivity v podobě rozhovorů a setkání s knězem nebo návštěva bohoslužby, péče o církevní prostory nebo pozemky apod.

Ø *Vzdělávací a edukační aktivity* nemají přesně vymezený prostor, prolínají alespoň částečně téměř do všech oblastí aktivity seniora. Použijeme-li terminologie Petřkové, potom „na označení aktivit, které obsahují primární i sekundární výchovné zaměření používáme adjektivum *edukační*. Aktivity primárně zaměřené na rozvoj znalostí, vědomostí, dovedností a schopností označujeme adjektivem *vzdělávací*“ (Petřková, Čornaničová, 2004 s. 6). Jinak výraz edukace zahrnuje jak výchovu, tak vzdělávání. „Význam vzdělávacích aktivit tkví v tom, že naznačují stárnoucím a starým občanům novou životní perspektivu. Vzdělávání pro ně představuje životní pomoc v tom, že jim kromě informací a vědění nabízí životní orientaci na rozvoj a osobní růst v etapě života, která byla dříve považována za deficitní“ (Mühlpachr, 2004 s. 130). Vzdělávání seniorů má převážně podobu institucionalizovanou, nejnáročnější známou formou vzdělávání seniorů jsou *univerzity třetího věku*. Tyto vzdělávací aktivity poskytují seniorům vzdělávání na vysokoškolské úrovni, formou vybraných přednášek. První vzdělávání tohoto typu v naší zemi vzniklo při Univerzitě Palackého v Olomouci, v současné době probíhá na více než 45 vysokých školách a fakultách na území ČR (Šerák, 2009). V regionech, kde není dostatečná nabídka ze strany vysokých škol jsou zakládány *akademie třetího*

věku. Založení těchto vzdělávacích institucí není upraveno žádným legislativním předpisem, jsou zakládány např. pod záštitou Červeného kříže, muzeí, kulturních domů, středních škol ap. Senioři se zde vzdělávají formou přednášek, seminářů, diskuzí a doprovodných programů (Šerák, 2009). *Univerzity volného času* (UVČ) jsou typem vzdělávací instituce, na které se vzdělávají i mladší studenti, věková kategorie seniorů však většinou převažuje. „UVČ je svého druhu unikátní projekt systematického zájmového vzdělávání v oborech, o něž je všeobecně velký zájem, které však neměl každý možnost vystudovat profesně“ (Šerák, 2009, s. 199). Zatím ojedinělou formou vzdělávání seniorů u nás je *Seniorgymnázium* ve Frýdku- Místku, zřízeného pod patronátem Muzea Beskyd, vzdělávací plán je sestaven z tématických bloků přednášek rozdělených do čtyř let. Zatím co ne všem obyvatelům planety byla doposud poskytnuta základní gramotnost, ve vyspělejších částech světa je žádána gramotnost počítačová. Valnou většinu seniorů tento požadavek doby „zaskočil“ a zastihl nepřipraven. Motivací ke zvládnutí základů práce s počítačem může být pro seniora například daleko snadnější vyřízení osobních záležitostí ale i komunikace s rodinnými příslušníky a přáteli. Vzdělávání v této oblasti je zajišťováno projekty nebo programy (např. „*Školičky internetu pro seniory*“ nadačního fondu Elpida), které integrují do své činnosti různé instituce a organizace. Vzdělávání v oboru výpočetní techniky má nesporně kladný dopad na sebevědomí seniora. V klubovém sdružování seniorů, jako jsou *kluby dříve narozených*, *kluby důchodců*, *kluby aktivního stáří*, *kluby seniorů* probíhá edukační činnost různorodými formami (besedy, společenské hry, exkurze apod.) většinou jednorázově. „Půda“ klubů je místem výměny zkušeností, setkávání, komunikace, předávání informací, společných akcí. Prostřednictvím státních i nestátních institucí a neziskových organizací je uváděna celá řada edukačních a vzdělávacích témat jako je zdravá výživa, zdravý životní styl, doprava, kriminalita, finance apod. vychází z našich, evropských nebo i světových projektů (např. program zdravá výživa, zdravé stárnutí, vycházející z projektu WHO „Zdravé město“). Zvláštní postavení v edukačních aktivitách má edukace z pozice *speciální pedagogiky*. Je určena osobám, „které jsou ze speciálněpedagogicky akceptovatelných příčin sociálně znevýhodněny“ (Kozáková, Müller 2004, s. 38). Tato edukace je prováděna odborníky z řad speciálních pedagogů a může mít podobu specializované péče v oblasti

zdravotnictví, vzdělávání typu reedukace, kompenzace, terapie, sociální rehabilitace ve státních i nestátních institucích, specifické podpory pracovních a dalších společenských příležitostí, nebo institucionalizovaných volnočasových a zájmových aktivit (Kozáková, Müller, 2004). Ze speciálněpedagogických postupů v edukaci uveďme ty, o kterých se dá předpokládat nejčastější využití v systému sociálních služeb využívaných seniory – postupy terapeutické povahy. Rozdělení do čtyř základních skupin – *činnostní a pracovní terapie, psychomotorické terapie, expresivní terapie a terapie s účastí zvířete* stojí na stejném společném základě, kterým je odborná, záměrná a cílevědomá činnost za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Jednotlivé skupiny se liší v aplikovaném terapeutickém prostředí. (volně podle Müller, 2005). K edukačním aktivitám pro seniory znevýhodněné pro oslabení paměti můžeme přiřadit i speciální *tréninky paměti a reminiscenční (vzpomínkovou) terapii*.

Výše uvedené vzdělávací a edukační aktivity nejsou úplným výčtem všech možností, do kterých se mohou senioři zapojit. Existuje celá řada prostředků, na které lze pohlížet jako na vzdělávací a edukační. Snahou této práce je zaměřit se na užívání vzdělávacích a edukačních možností seniory ve dvou typech sociálních služeb a to v Centrech denních služeb a Domovech pro seniory. Společným jmenovatelem seniorů – uživatelů těchto služeb je snížená soběstačnost vyžadující pomoc, která je sociální službou – poskytovatelem na základě smlouvy a individuálního plánu uživateli poskytnuta v podobě různých činností.

6.4. Vzdělávání a edukace ve vybraných typech sociálních služeb

Člověk je tvor společenský a pro začlenění do společnosti musí splnit podmínku socializace, kterou je schopnost učení a výchovy (Mühlpachr, 2004). Má-li být tedy člověk po celý život socializován, nevylučován ze společnosti, znamená to, že ho proces učení a výchovy bude provázet po celý život. Koncept celoživotního vzdělávání by však měl člověku nechat prostor pro volbu. Zvláště pro seniora by taková volba měla být vedena motivací a smyslem, neměla by být pouhým „konzumem nabídky“. „Vzdělávání jako život doprovázející komponenta lidské existence není žádný

segmentovaný trh pro instituce, nýbrž sebeutvářející proces osobnosti“ (Mühlpachr, 2004, s. 125).

Na vzdělávání a edukaci v etapě stáří lze pohlížet z mnoha úhlů pohledu (např. je-li zájmové, nebo rozšiřující vědomosti, jaký má obsah, jaké metody a přístupy jsou použity, děje –li se v institucích, nebo sebeřízeně apod.).

Přístupy ke vzdělávání a edukaci v sociálních službách rozdělme s určitým ohledem na funkční potenciál uživatele na přístupy z pozice:

gerontagogiky, jakožto součásti andragogiky, tedy vzdělávání dospělých. Mühlpachr spolu s Livečkou uvádí čtyři základní funkce gerontagogiky – *funkci preventivní*, kdy je možné vhodně a včas zavedenými opatřeními pozitivně ovlivnit samotný průběh stárnutí a stáří, *funkci anticipační*, přispívající k pozitivní akceptaci životních změn, spojených se stářím, *funkci rehabilitační*, spojenou s udržením nebo obnovou fyzických a duševních sil a *funkci posilovací*, důležitou pro rozvoj zájmů, potřeb a schopností, podporující aktivity se stimulačním a kultivačním účinkem. Vzděláváním je tu poskytnuta pomoc spočívající v naznačení nové životní perspektivy, orientaci na rozvoj a osobní růst a přísunu nových informací. (Mühlpachr, 2004). Petřková řadu funkcí doplňuje ještě o *funkci adaptační*, která zabezpečuje rovnováhu mezi lidským organismem a prostředím ve kterém žije, *komunikační*, zajišťující komunikační proces seniora s jeho okolím v aktivní podobě, *kompenzační*, nahrazující nedostatek možností studovat v mladším věku, popř. ztráty sociálních kontaktů a rolí, *aktivizační*, která přispívá k integraci do společnosti, celkovému zdraví, pocitu důstojnosti, spokojenosti, *funkci relaxační* zaměřenou na trávení volného času a funkci která se orientuje na *mezigenerační porozumění*. Livečka třídí konkrétní realizaci výchovy a vzdělávání na pedagogicko-didaktickou a pedagogicko-psychologickou a to podle hledisek *obsahu*, *požadované úrovně*, a *psychických procesů*. Je-li vzdělávání a výchova pro seniora cílem, motivací pro uspokojení jeho potřeby, potom vztah k výsledku tohoto cíle (vlastní činnosti) určuje i jeho hodnotu. Senior při dosahování vytýčeného cíle musí vynaložit určité úsilí. Jeho snaha je podle Livečky ovlivňována rozhodujícím způsobem dvěma činiteli: *vlastním významem cíle* (tj. vztahem očekávaného výsledku k potřebě a zájmu) a *pravděpodobností dosažení cíle* (tj. vztahem prováděné činnosti k objektivním podmínkám realizace a subjektivním možnostem jejího provedení). Každý člověk má tendenci vytýčených cílů dosahovat, totéž platí i pro seniora. Podle Livečky platí pro tendenci mezi významem a pravděpodobností dosažení cíle funkční závislost. Dále

tento autor (v gerontagogice i gerontadidaktice) zdůrazňuje zásadu aby ještě před zahájením vzdělávací nebo výchovné aktivity byli účastníci se sledovaným cílem seznámeni a osvědčenou metodu propagace cíle po celou dobu trvání aktivity (Livečka, 1979).

Dalším možným přístupem k edukaci a vzdělávání ve zvolených typech sociálních služeb je přístup **komprehenzivní gerontagogiky handicapovaných (KGH)**.

V Jesenského pojetí „význam gerontagogiky handicapovaných vynikne, když komparujeme nástup involučních změn v organismu člověka a jejich psychosociálních důsledků se skutečností, že tyto změny doprovázejí zhruba 30 - 40 let života člověka. Involuční změny reálně sbližují intaktního a handicapovaného člověka v období stáří“ (Jesenský, 2000, s. 272). Faktor změn hlubšího charakteru se podle Jesenského projevuje jak u skupiny lidí, žijících s postižením ještě před nástupem stáří, kteří byli „stabilizováni, kompenzováni, se svou vadou vyrovnáni“ a změny ve stáří u nich způsobují nové druhy potíží, tak u skupiny lidí kteří do řad handicapovaných teprve vstupují. Tento faktor se potom promítá do zvýšené četnosti kombinovaných postižení, četnosti a intenzity funkčních poruch, disaptibilit a handicapů. Gerontagogika handicapovaných tedy podle Jesenského pracuje jednak s kontinuální návazností na komprehenzivní andragogiku handicapovaných (KAH) ale i s kvalitativně novou skupinou starých lidí. Fakt, že všechny „kvality zde mají multifaktorový charakter, podstatné faktory mají sjednocující charakter“, vede k tomu, že je důležité chápat výchovu a vzdělávání handicapovaných seniorů jako ucelenou, komprehenzivní. Jesenského KGH podtrhuje význam specifických potřeb seniora zvláště potřeb perspektivních, z oblasti rehabilitačně emancipační, preventivně integrační a sociálně zdravotní, zvláštní postavení má potom oblast sociálně institucionální a oblast specifík kvalit života „handicapovaného geronta“, protože souvisí s prohlubováním involučních změn a jeho sociálními rolemi a statusem. (Jesenský, 2000). Koncepce Jesenského KGH pracuje s hodnotovými veličinami člověka, chce období stáří dát „šanci zhodnotit pozitiva i negativa, prokázat význam vlastního života“, aby bylo chápáno jako období zralosti se svou důstojností. Aby procesy KGH byly efektivní, musí do nich s přibývajícím věkem člověka s handicapem vstupovat spolupráce s pečovatelskou činností a komplementárním působením prostředků gerontologických oborů. (Jesenský, 2000, s. 272 - 275). Jinak je KGH do jisté míry analogií komprehenzivní andragogiky handicapovaných, tedy vzděláváním a edukací dospělých jedinců s postižením. Metody

a formy vzdělávání a edukace KGH jsou téměř stejné, co do pestrosti a možností výběru, musí však počítat se specifiky potřeb seniorů s postižením. V KGH se tudíž budou vyskytovat určitě ve větší míře rehabilitační metody a kompenzační mechanismy a pomůcky. V působení komprehenzivní gerontagogiky handicapovaných platí obecná tvrzení, která byla zmíněna v předchozích kapitolách. I zde má vzdělávání a edukace svou důležitost v přísunu informací, aby sociální skupina seniorů s postižením „příliš nezaostávala“ za běžnou populací, v podpoře sebevědomí a kladného sebehodnocení, je nástrojem upevňování a pozitivního směřování psychického stavu jedince v návaznosti na celkový dobrý stav jeho organismu, v orientaci na zvyšování kvality života seniora s postižením pomocí plnění jeho potřeby seberealizace i jiných potřeb, v integraci do společnosti apod. Cesta KGH netvoří výjimku v nutnosti, aby si senior stanovil smysluplný cíl svého vzdělávacího a edukačního procesu.

Významným a bohatě užívaným je ve vzdělávání a edukaci seniorů přístup **speciálněpedagogický (SPP), terapeutické povahy**. Jak již bylo uvedeno, tento přístup se „primárně týká osob které jsou ze speciálněpedagogicky akceptovatelných příčin sociálně znevýhodněny a aktivizace s použitím nástrojů tohoto přístupu „by měla být realizována odborníky z řad speciálních pedagogů“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 38). Pracuje především se zachovalými schopnostmi a dovednostmi jedinců, usiluje o jejich udržení, posílení nebo rozšíření. „Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu)“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 41). Pro terapeutické přístupy platí určitá pravidla a podmínky. Obecně pro užití terapie platí, že využívají časovou strukturu institucionálního prostředí, odpovídají orientaci terapeuta a mají předem zvolenou koncepci, zohledňují věk klienta, příčiny, popř. symptomy jeho potíží, mají určitou organizační formu a zaměřují se prvotně na psychické nebo somatické změny s cílem působit buď léčivě, nebo rehabilitačně a preventivně. Intervence SPP terapií mohou být v kontextu ucelené rehabilitace navázány na medicínské intervence, nebo je mohou doplňovat, pomáhají však i v případech, kdy je klient znevýhodněn sociálně a kulturně, bez zdravotních problémů (Kozáková, Müller, 2006). Průběh a výsledky SPP terapeutických intervencí ovlivňuje také dodržování určitých zákonitostí procesu, týkajících se *zajištění průběhu* (včetně prostředí) a hlavních činitelů *terapeut – klient – obsah*. K časovému rozvržení terapeutického procesu přistupujeme ze dvou hledisek – *krátkodobého* (fáze dílčích lekcí – 1. navázání

kontaktu, uvolnění, motivace, seznámení a instruktáž hlavní terapeutické práce, 2. řešení aktuálních problémů jako hlavní činnost, 3. uzavření problémů vyplývajících z hlavní terapeutické práce) a *dlouhodobého*, (fáze které se týkají celé terapie – 1. indikace potíží a stanovení možných postupů, počáteční navazování vztahu, motivace klienta a dohoda o organizaci, průběhu a obsahu terapie, 2. – vlastní naplnění organizace, průběhu a obsahu terapie které byly dohodnuty, 3. – ukončení terapie a nabídka dalších možností). (Kozáková, Müller, 2006).

Pro úspěšné zvládnutí terapeutického procesu musíme věnovat pozornost dodržení určitých principů průběhu:

1. Kvalifikované a týmové diagnostikování a průběžná aktuální znalost klientova psychofyzického stavu (jak již bylo naznačeno v podkapitole 5.3, v souvislosti se sestavením individuálního plánu), nezbytně stanoveného hned na počátku procesu.
2. Zajištění prostoru (atmosféry) pro klientovy projevy a sdělení, pocit bezpečného prostředí.
3. Ve zvolené činnosti zohlednit i naturel terapeuta.
4. V činnosti by mělo být počítáno se všemi souvislostmi, které se týkají klientova života, nejen s jeho věkem a zkušenostmi.
5. Průběh procesu by měl korespondovat s výše uvedeným fázováním obou časových hledisek.

Důležité je i terapeutické prostředí a to jak jeho materiální dimenze (běžné nebo speciální prostory), tak dimenze sociální (charakteristika skupiny, charakter práce) a dimenze psychické, kterou vytváří jak vztah a součinnost terapeuta s ostatními účastníky, tak specifika osobnosti terapeuta i klientů. (Kozáková, Müller, 2006).

V triádě činitelů terapeutického procesu má významné postavení *terapeut*. Musí mít k této činnosti jak osobnostní, tak odborné předpoklady. Procesním vkladem *klienta* je jeho funkční potenciál a problém, se kterým přichází. S ohledem na stanovený cíl je potom vytvářen *obsah procesu*. Cíle lze obecně strukturovat na takové, které zohledňují: 1. *potřeby klientů*, („např. odstranění vnitřních i vnějších frustračních, konfliktních, stresujících faktorů, uvolnění, posilování dynamiky osobnosti či dynamiky skupiny, vytváření schopností smysluplné komunikace, navazování zdravých vztahů, správného vhledu do sociálních situací, podporu pozitivního sebehodnocení, aspirace, zvládání emocí atp.“) 2. *orientaci a schopnosti terapeuta*, 3. *zaměření instituce*, ve které terapie probíhá, (např. socioterapeutické zaměření léčebné komunity) (Kozáková Müller, 2006, s. 45). K úspěšnému naplnění obsahu slouží správně zvolené prostředky,

v případě SPP terapeutických přístupů je jedním z hlavních prostředků psychologie, resp. psychoterapie. Vedle autentického vztahu terapeut – klient, emotivity, spontaniety, kreativity, improvizace a sociálního učení, které se v procesu využívají je velmi důležitou komponentou komunikace. K odborné vybavenosti terapeuta by měla patřit dobrá znalost principů komunikace, komunikačního procesu a jejich zvláštností tak, aby je byl schopen v průběhu procesu aplikovat. (Kozáková, Müller, 2006). Shrnující definování SPP postupů bylo uvedeno v podkapitole 6.3, která se zabývala prostředky podpory aktivního života seniorů. Přesnější třídění těchto postupů s akcentem na použitý terapeutický prostředek bude uvedeno v konkrétních formách vzdělávání a edukace v následující kapitole.

6.5. Konkrétní formy edukačních a vzdělávacích aktivit v centrech denních služeb a domovech pro seniory

Spektrum možností vzdělávání a edukace z pozice gerontagogiky je velmi široké. V zařízeních sociální péče je poskytováno osobám se sníženou soběstačností, kde se stává vedle jiných pomocných činností jedním z nástrojů podporujících zapojení do běžného života. Vzhledem k tomu, že gerontagogika skýtá širokou základnu pro další členění podle specifik edukovaných skupin seniorů, považujeme (pro účel členění v této práci) gerontagogický přístup za takový, který poskytuje služby v oblasti vzdělávání a edukace seniorům, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu věku (přítomných nebo nastupujících involučních změn). Jako příklady **gerontagogických** prostředků lze uvést:

akademie seniorů je většinou organizována formou přednášek s diskuzí a besed, tematických celků s promítáním filmů, diskusních celků s otázkami a odpověďmi na dané téma, workshopů, seminářů.

Kurzy, ve kterých probíhají většinou krátkodobé a střednědobé vzdělávací aktivity. Do popředí se zde dostává téma *zdravé výživy* ve stáří. Kurzy jsou zaměřeny na dodržování zásad správné výživy která je u seniorů důležitým determinantem jejich celkového zdravotního stavu. S přibývajícím věkem klesá funkceschopnost gastrointestinálního traktu, což může při nesprávném výživovém režimu způsobit skrytou podvýživu, důležitý je také přísun tekutin, obsahem přednášek mohou být různá doporučení o denních dávkách bílkovin, vitamínů, minerálů apod., o následcích špatných stravovacích návyků atd. (Čížková, 2009). Do tématu zdravé výživy lze zahrnout různá

cvičení na posílení střevní peristaltiky jako prevenci před užíváním projímadel (např. čínská zdravotní cvičení), *dechová cvičení* (Štilec, 2004). Formou kurzů probíhá také *vzdělávání a edukace seniorů v oblasti komunikačních a informačních technologií*.“ Lidé, kteří nemohou participovat ve světě informací, jsou totiž trvale znevýhodňováni. Odborníci poukazují v této souvislosti na vznik „propasti“ mezi lidmi, kteří si nové technologie osvojili a těmi, kteří tuto možnost nemají. Tímto handicapem jsou ohroženi právě starší lidé“ (Petřková, Čornaničová,). Kurzy počítačové gramotnosti mohou mít i podobu internetové kavárničky, výcviku PC-obsluhy, apod. Do programů sociálních služeb bývají někdy zařazeny i kurzy na posílení konkrétní kognitivní funkce, jako např. *efektivní čtení textů*, které může výrazně ovlivnit proces vštěpování, logických operací, nebo paměť. Zásady efektivního čtení textů patří k zásadám účinného sebevzdělávání (Kalnický, 2009). Preventivní a stimulační úlohu podpory paměťových funkcí mají *cykly kurzů, zaměřených na tréninky paměti*. Ty jsou rozpracovány do několika verzí pro cílové skupiny seniorů podle jejich úrovně paměťových funkcí. Při odborném potvrzení poruchy paměti se potom senior orientuje na *speciální trénink paměti*, s přístupem více terapeutické a speciálněpedagogické povahy (Petřková, Čornaničová). Ke kurzům s dlouhodobějším trváním patří *jazykové kurzy*, které jsou často poskytovanou službou hlavně v denních centrech. Zdá se, že o výuku jazyků je mezi seniory poměrně velký zájem. Pacovský uvádí osobní zkušenost s mnoha lidmi, „kteří se teprve po odchodu do důchodu začali intenzivně učit cizí jazyk a velmi dobře jej zvládli“ (Pacovský, 1997, s. 33). Pohybové a pohybově-relaxační aktivity vedené formou kurzů jsou seniory vybírány jednak podle zájmu a také podle pohybových možností. Sociálními službami jsou poskytovány v poměrně velkém rozsahu v podobě *kurzů tanečních (různé druhy tance), kurzů jógy, tai-chi* apod. (Kalvach, Hrabětová, 2005, Štilec, 2004).

Dílny, ve kterých může probíhat jak zájmová, tak terapeutická činnost. Jedná se o rukodělné práce tradičními technikami (pletení, vyšívání, háčkování, řezbářské práce, košíkářské práce apod.), ale i netradiční, mezi seniory uspěl tzv. patchwork a další originální náměty (např. drátkování, dekorování textilu, batikování, práce s umělohmotnou bužirkou – scoubidou, kroucené provázky – twistart, splétání japonskou technikou – kumihimo, japonské origami a další práce s papírem, čínská kaligrafie, keramika, malování na sklo apod.). Tvůrčí činnost se však může týkat i práce duševní, určitým „typem dílny“ se dá nazvat i práce na sestavování rodokmenu, kreativní psaní, memoárová literatura, či kronikářství atd. (Kalvach, Hrabětová, 2005), z

literárních dílniček uživatelů sociálních služeb mohou vycházet příspěvky do různých typů tiskovin nebo sestavování knih kuchařských receptů.

Ze zájmových gerontagogicky orientovaných služeb můžeme vyčlenit **pohybové edukační aktivity** (poznávací vycházky, výlety). Může jít i o aktivitu z oblasti zážitkové pedagogiky (přístup, kdy je vnímání jedince provázeno intenzivními emocemi, prožitek je ovlivňujícím prostředkem, aktivita je volena cíleně, je nabízena možnost opětovného získání bezprostřední zkušenosti v prostředí chudém na podněty, přitom zkušenosti nejsou odtrženy od reality a navazují na dřívější zážitky, je podporováno bezprostřední rozhodování a jednání a rozvoj osobnosti, je dobrým základem sociálního chování, klade důraz na jednání a přímé zkušenosti) (Vážanský, 1994, in Janiš ml. 2009). Tam, kde je centrum denních služeb nebo domov pro seniory vybaveno různým rehabilitačním a sportovním zařízením např. posilovacím nebo typu trenažéru chůze nebo rotopedem, mohou probíhat pohybové aktivity za účasti odborníka v takto vybavených tělocvičnách. Běžné pro cvičení v seniorském věku jsou cvičební a rehabilitační pomůcky typu gumové pásy (theraband), zdravotní míče (overbally), masážní míčky atd. Edukační zaměření v pohybových aktivitách je směřováno na koordinaci pohybu, obratnost, rovnováhu a stabilitu, které působí jako preventivní nástroj zabraňující úrazům při pádech apod. a posiluje sebedůvěru v pohybu, dále na svalovou sílu a kloubní pohyblivost, které udržují nebo zlepšují mobilitu seniora (Štilec, 2004). Celkově působí pohyb výrazně posilujícím účinkem na rozvoj nebo uchování psychomotorických funkcí. V zařízeních sociálních služeb jsou pohybové aktivity zaměřeny na posílení nebo navrácení soběstačnosti v sebeobsluze, lokomoci, pocit pohody. Nezanedbatelnou součástí edukačních aktivit, které mohou být náplní gerontopedagogického přístupu, jsou **aktivity s herní povahou**. Množství a rozmanitost her (klasické stolní hry, stolní hry se zaměřením na jazyk, početní operace, fantazii, logiku, karetní hry, hry založené na dovednosti, trpělivosti, apod.) je zárukou dostatečné nabídky pro klientův výběr a střídání. Samotný fakt výhry i prohry má stimulující účinek pro další herní aktivitu. Hry pozitivně působí jak na jemnou motoriku, tak na kognitivní funkce, tam kde se jedná o hry vyžadující zapojení celého pohybového aparátu (biliár, kuželky), může jít o primární pozitivní působení na hrubou motoriku a celkovou lokomoci.

Prostředky vzdělávání a edukace z pozice **komprehenzivní gerontagogiky handicapovaných** se v podstatě kryjí s prostředky gerontagogickými (**kurzy, besedy, diskuse, workshopy, přednášky, kroužky, rekondice, situační hry, činnosti**

edukace apod.) s tím, že zohledňují typ, rozsah a stupeň postižení edukovaného jedince. V tomto směru navazují na prostředky andragogiky osob s postižením, ale berou na zřetel i věk klienta (resp. velikost involučních změn). Podle Jesenského má tedy diferenciaci v aplikaci KGH prostředků dvojí charakter, a to věkově strukturální a jevově strukturální. (Jesenský, 2000). Takové diferenciaci se dá dosáhnout například zvolením vhodných technik (řeší drobnější dílčí úkoly, představuje dovednosti, způsoby působení a tvorby příznivého stavu) (Jesenský, 2006). Každá technika se potom dá aplikovat ve zvoleném prostředku, formě. Jesenský uvádí tyto edukační techniky:

- 1. techniky mluveného slova a komunikace** (široce využívaná, vysvětluje, přesvědčuje, rozvíjí mezilidskou komunikaci),
- 2. techniky názornosti** (pomáhají vytváření představ, abstrakce, chápání obecných pojmů),
- 3. techniky pohybového rozvoje a orientace** (vypracování různých druhů pohybových dovedností a návyků, jsou součástí dalších technik, mají specifické modifikace),
- 4. techniky výchovného působení umění** (mají receptivní a kreativní stránku, odstraňují negativní rysy chování, poskytují příjemné zážitky apod.),
- 5. techniky edukačního působení pracovními činnostmi** (vytváří podstatnou část rehabilitace, vedou ke zvýšení soběstačnosti v mnoha oblastech lidského konání, podporují růst sebevědomí, prestiže),
- 6. techniky relaxace** (odbourávají dlouhodobé stavy napětí ve všech systémech organismu i v psychice, navozují příznivou atmosféru pro edukační intervence),
- 7. techniky meditace** (důležité při tvorbě hodnotových systémů a životních postojů, při vyrovnávání se s psychosomatickým stavem),
- 8. techniky rekreace a rekondice** (provázány za účelem regenerace sil a psychického uvolnění),
- 9. technika přesvědčování** (volena tam, kde je potřeba klienta přesvědčit o správnosti či nesprávnosti určitého chování a jednání, může být zesílena navozením pozitivních emotivních stavů),
- 10. technika povzbuzování** (pomáhá odstraňovat stresy a frustrace, naplňuje potřebu zaznamenat úspěch a uznání),
- 11. techniky hry a aplikace humoru** (napomáhají k lepšímu zvládání konfliktních situací reálného života, vnášením prvků humoru snižují sociální napětí, vnášejí do života optimismus),

12. techniky soutěživosti (naplňují potřebu člověka vyniknout, prosadit se, při opatrném užití působí motivačně, nevhodně zvolené i negativně) (Jesenský, 2006).

Jak již bylo výše zmíněno, vzdělávací a edukační přístupy KGH musí počítat se vstupem prvků gerontologických oborů, které se podílí na komplementaritě edukačního procesu KGH a s pečovatelskými zásahy.

Ze **speciálněpedagogické** pozice budou v zařízeních sociální péče nejčastější objevovat edukační aktivity **terapeutické povahy**, jejichž obecný popis byl uveden v předcházejících kapitolách. Akcent na použitý terapeutický prostředek je dán v názvu činnosti analogicky k psychoterapii, která je považována za hlavní zdroj získávání poznatků a zkušeností. Může se jednat například o tyto terapie:

Arteterapie, jako expresivní terapie v užším smyslu. Je ve SPP nejvíce používanou expresivní terapií. (Müller, 2005). V užším smyslu slova jde o „léčbu“ výtvarným uměním a podobně jako u výše zmíněné KGH techniky i zde nalézáme receptivní a kreativní (aktivní) stránku jejího působení. Výtvarná činnost zde tedy působí jak na pochopení vlastních pocitů a pohnutek, tak tato kreativní činnost pomáhá posilovat smysl pro vlastní důstojnost, aktivizovat zbylé kompetence a dovednosti, rehabilituje jemnou motoriku. Nabízí velmi široké množství materiálů a technik, se kterými lze pracovat a hlavně , které může senior sám volit. Cíle arteterapie mohou být individuální (uvolnění, sebeprožívání, sebevnímání, přiměřené sebehodnocení apod.) i sociální (reflexe vlastního fungování v rámci skupiny, komunikace apod.) (in Šicková, Müller, 2005).

Dramaterapie patří do skupiny arteterapií ve smyslu použitého terapeutického prostředku, kterým jsou prvky umění. Jde o terapeuticko-formativní disciplínu, s převažující skupinovou formou. Skupinová dynamika prostřednictvím divadelních a dramatických prostředků působí směrem k uvolnění symptomatického napětí, ke zmírnění psychických poruch, sociálních problémů a k integraci osobnosti. U seniorů může být dramaterapie prostředkem cvičení paměti ale také nástrojem nalézání vlastních hodnot v minulosti, současnosti i budoucnosti (Valenta, Müller 2009).

Teatroterapii lze vymezit obdobně jako dramaterapii, s tím rozdílem, že kromě procesního působení je zde kladen důraz i na konečný výsledek (tj. inscenace, představení). (Valenta, Müller, 2009).

Muzikoterapie je dalším „členem rodiny“ expresivních terapií. Jako terapeutický prostředek používá hudbu a to jak jejího zvuku, tak jednotlivých elementů (rytmus, melodie, harmonie, barva, dynamika, tempo apod.). Volba tohoto druhu terapie s sebou

může nést jisté kontraindikace a rizika (pro stimulaci emocí je kontraindikována u akutních psychóz nepříjemná hudba může „spustit“ epileptický záchvat, aj.) (Kantor, in Müller, 2005). Pro seniory je přínosná zvyšováním jejich kvality života, kterého dosáhne svými jedinečnými vlastnostmi ať jsou aplikovány formou aktivní, nebo receptivní. V duchu, v jakém dokázala hudba výchovně a kulturně působit na celé generace lidstva od jeho počátků působí i na jedince napříč všemi věkovými kategoriemi, tedy i seniorským věkem.

Biblioterapie staví na „léčbě knihou“, tedy na práci s textem, se slovem. Má opět, jako předchozí expresivní terapie složku receptivní a aktivní. Místo pro edukaci seniorů u tohoto druhu terapie je vymezeno samotnou formulací cílů kterých má biblioterapie dosáhnout: „urychlená adaptace na novou životní situaci, odvrácení pozornosti od vlastních problémů, vzbuzení nových zájmů, kompenzace a saturace potřeb, seberealizace a zvýšení sebevědomí, socializace a stimulace komunikace s prostředím, změna postojů a hodnot, rozvoj divergentního myšlení a schopnosti řešit problémy, rozvoj kognitivních funkcí, překonávání depresivních rozlad, pozitivní emocionální stimulace“ (Pilarčíková-Hýblová, 1997, in Valenta, Müller, 2009, s. 148). Takto vymezené cíle korespondují s odstraňováním mnoha problémů, které seniory potkávají. Biblioterapie může být účinným prostředkem jak pomoci při jejich řešení, tak i jejich předcházení.

Poetoterapie patří spolu s biblioterapií k relaxačním a imaginativním technikám. Na rozdíl od biblioterapie používá poetoterapie více působení zvukomalby rýmu a rytmu za účelem zdůraznění pocitů, nálad a emocí. Poetoterapeutickým prostředkem je poezie, která působí na nálady a emoce člověka, vyvolává asociace. (Svoboda, in Müller, 2005). Pro seniora má poezie výrazný reminiscenční účinek. Z praxe jsou známy případy starších seniorů, u kterých je prokázán výrazný deficit paměťové funkce, přitom se bez problémů rozvzpomínají na básničky ze svého dětství (jako příklad uvádím devadesátiosmiletou paní, která byla schopná odříkat všechny sloky rakouskouherské hymny). Podobně jako muzikoterapie se i poetoterapie může podílet na zvyšování kvality života seniora pouhou existencí svého prostředku a možností ho využívat.

Pracovní a činnostní terapie v pojetí SPP „lze vymezit jako aplikaci manipulací s materiálním okolím (např. materiály, suroviny, předměty), použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem“, pracovní terapie existuje mimo působnost speciální pedagogiky také jako terapie zdravotní (ergoterapie). Podle Valenty je zde možná

rozdílnost teoreticko-metodologického základu psychoterapeutického a fyzioterapeutického. (Valenta, Müller, 2009, s. 128). Rozdíl mezi činnostní a pracovní terapií spočívá pouze v důrazu na výsledek, u první ze jmenovaných jde především o působení samotného procesu, u druhé o výsledný produkt. V případě působení na osoby seniorského věku je cílem udržení nebo zlepšení úkonů sebeobsluhy vedoucí k samostatnosti, praktická činnost podporuje hlavně dobrou úroveň jemné motoriky ale také pocit sebeuplatnění při dobře vykonané práci.

Psychomotorická terapie je souborem činností přesahujících do ostatních terapeutických aktivit. Prioritou psychomotorické terapie je ovlivňování duševních procesů člověka pomocí tělesných aktivit. Sám pojem psychomotorika naznačuje neoddělitelnost a souvztažnost duševních, tělesných a pohybových funkcí. Psychomotorická terapie aplikovaná u seniorů jako klientů sociální péče může mít podobu taneční aktivity, pohybových her, improvizčních pohybových aktivit ale i relaxace (Müller, 2005).

Terapie za účasti zvířete je výjimečná svým terapeutickým prostředkem. Nejčastějším spoluvůrcem terapeutického procesu je zde vedle terapeuta a klienta kůň, nebo pes.

Hipoterapie ve smyslu psychoterapie má podobu pedagogicko-psychologického ježdění, ve smyslu fyzioterapie potom jde o hiporehabilitaci. Oba modely využívají jako prostředku terapie koně.

Canisterapie „vychází ze skutečnosti, že pes patří mezi spolehlivé a jisté partnery člověka v jeho osamění a nemoci a že je toto partnerství dobrým stimulem pozitivních psychických a sociálních změn“. Pes může „obohatit“ život člověka buď jako Animal Assisted Activities, kdy je zdrojem motivace výchovných momentů, působí na zvyšování kvality života, nebo jako Animal Assisted Therapy, kdy se pes stává součástí odborně vedeného terapeutického procesu s objektivizovatelnými výsledky. (Kozáková, Müller, 2005, s. 50).

Použitelnost terapie za účasti zvířete při edukaci seniorů v zařízeních sociální péče je závislá na tom, jaké možnosti její realizace zařízení má, přičemž tyto možnosti bude jistě ovlivňovat více faktorů.

Za speciálněpedagogické metody, vhodné pro seniory s počínající nebo i rozvinutou demencí můžeme jmenovat například **vzpomínkovou terapii**, která je zaměřena na revitalizaci paměti a soustřeďuje se na trénink porušené funkce se snahou ji obnovit a nácvik strategií ke zmírnění negativních vlivů porušené funkce na kvalitu života (Čornaničová, Petřková, 2004). Používanou metodou je také **metoda validace**,

která pracuje s dezorientovanými seniory na základě poznání příčin jejich chování. S tímto poznáním potom dále pracuje ve prospěch dosažení integrity, vlastních hodnot a vážnosti starého člověka (Rheinwaldová, 1999).

Jistě existují ještě další možnost edukace v Denních centrech a Domovech pro seniory, úkolem této práce však není teoretický výčet všech možností. V šetření, které je součástí praktické části práce je prostor pro jiné edukační varianty vyčleněn v možnosti odpovědí pracovníků těchto zařízení.

7. Praktická část

Teoretická část práce se zabývala problematikou stáří a stárnutí a pokusila se nastínit místo a váhu vzdělávání a edukace mezi aktivitami osob v seniorském věku. Část seniorů, kteří k uspokojení svých potřeb potřebují pomoc druhé osoby se stává uživatelem sociálních služeb. V některých typech sociálních služeb je edukace jednou z činností, kterou poskytovatel nabízí. Kapitoly teoretické části se staly východiskem pro šetření které zahrnuje edukační aktivity seniorů a náhled poskytovatelů těchto činností jak na uživatele, tak na jejich edukaci.

Obsah této kapitoly bude tvořit popis cílů šetření, metody šetření, výběru vzorku šetření a popis s hodnocením výsledků šetření.

7.1. Cíl šetření

Prvořadým cílem bylo zodpovězení hlavní otázky šetření: *Jak pracovníci Denních center pro seniory a Domovů pro seniory nahlíží na možnosti edukace uživatelů služby?*

Náhled pracovníků na edukační aktivity seniorů – uživatelů služeb je určitě důležitým aspektem práce kterou vykonávají. Pro zjištění odpovědi na otázku náhledu pracovníků proto předpokládán určitý význam. Jako významné se jeví také zjištění charakteristiky seniorů ze strany pracovníků zařízení ve kterých šetření probíhalo. Celková charakteristika seniora – uživatele služeb může souviset s tím, jak se pracovník zařízení dívá na jeho edukaci. Další snahou šetření je zjistit z odpovědí pracovníků vybraných zařízení jak se na edukačních aktivitách podílí senioři kteří služby v zařízeních užívají, které z aktivit jim nejlépe vyhovují a které naopak postrádají, co jim z pohledu pracovníků tyto aktivity přináší.

Vedlejší cíl: Pro šetření byly vybrány dva typy sociálních služeb, podle výsledků šetření následně půjde o pokus zjistit, zda jsou pohledy pracovníků jednotlivých typů služeb rozdílné.

Aplikační cíl: Jestliže budou v náhledech pracovníků dvou různých typů zařízení zjištěny rozdíly, může se stát toto šetření východiskem pro další výzkum se stanovenou hypotézou. Další možné využití může směřovat k reflexi pracovníků ve vybraných

typech zařízení pro případné přehodnocení pohledů na edukaci seniorů, pokud o výsledky šetření projeví zájem.

7.2. Metoda šetření

Pro tuto práci byla zvolena kvantitativní metoda dotazníku. Disman o kvantitativním výzkumu tvrdí že je vlastně testováním hypotéz. (Disman in Loučková 1996). Pro toto šetření hypotéza stanovena nebyla, protože hypotéza musí vyjadřovat vztah mezi dvěma nebo více proměnnými a je formulována tvrzením větou oznamovací. (Chráška, 2007). *Cílová otázka tohoto šetření má zkoumat subjektivní pohledy na určenou problematiku a nacházet rozdíly.* Chráška dále uvádí, že pokud otázka, na níž hledáme odpověď nevyjadřuje vztah mezi proměnnými, neumožňuje vyslovit hypotézu. Šetření tohoto typu má podle autora potom povahu průzkumu, což ale neznamena, že by postrádalo smysl (Chráška, 2007). Kroky které byly provedeny v průběhu šetření jsou obdobné, jako u deduktivní kvantitativní metody (Loučková, 1996)

1. **Artikulace problému existujícího v teorii nebo v sociální realitě (hlavní otázka šetření).**

2. **Formulace do jazyka hypotézy (zde stanovení dílčích otázek šetření).** Dílčí otázky šetření byly odvozeny teoretické části práce. Jako podklad k formulování dílčích otázek sloužily obsahy jednotlivých kapitol textu teoretické části. Odvodila jsem tyto dílčí otázky:

Jaký je postoj pracovníků k seniorům?

Pro jaký typ uživatelů je zařízení určeno?

Jak lze uživatele služby charakterizovat z hlediska psychického, fyzického a sociálního věku?

Jaký význam přisuzují pracovníci zařízení přípravě na stáří?

Jaká je zkušenost pracovníků s adaptací na stáří u jejich uživatelů?

Jaký je postoj pracovníků k potřebám seniorů?

O jaký typ zařízení se jedná?

Jak hodnotí pracovníci význam svého zařízení v rámci systému sociálních služeb pro seniory?

Jaká je struktura pracovníků ve vybraném zařízení?

Jak ve vybraném zařízení probíhá aktivizace seniorů?

Jak hodnotí pracovníci možnosti aktivizace u jejich uživatelů?

3. **Operacionalizace dílčích otázek do měřitelné podoby.** „Operacionalizace je proces, ve kterém dochází k převodu teoretických pojmů do jejich empirické podoby“ (Petrusek, 1993, in Faktorová, 2008). Otázky byly dále formálně upraveny, tzn. zvolena jejich formulace do dotazníku. Některé otázky byly zahrnuty do analýzy dokumentů (viz. příloha), tj. základních dokumentů zařízení, obsahujících identifikační údaje o zařízení. Tyto otázky nebyly v dotazníku uvedeny.
4. **Volba výzkumného nástroje.** Jako nástroj šetření byl zvolen dotazník (viz. příloha). Dotazník je velmi frekventovanou metodou získávání dat. Je soustavou předem pečlivě připravených písemných otázek na něž respondent písemně odpovídá. U položek (otázek) dotazníku záleží na jejich vhodné formulaci, seřazení, a zvoleném druhu položky, nezanedbatelný je i způsob předávání dotazníku. Položky dotazníku mohou být otevřené (respondent vytváří svou volnou odpověď), uzavřené (respondentovi je nabídnuta určitá struktura odpovědi), polouzavřené (respondent má možnost volné odpovědi na některou z možností). Dotazník v této práci obsahuje všechny tři druhy položek. Výhodou dotazníkové metody je rychlé shromažďování dat od velkého počtu dotazovaných. Jako nedostatek vytýkají odborníci této metodě poměrně velkou subjektivitu výpovědí (Chrásky, 2007), což se v případě tohoto šetření jako velká překážka nejeví, jelikož otázky jsou cíleny právě na subjektivní hodnocení tématu.
5. **Tvorba a sběr dat.** Dotazníky byly rozdány v předem vybraných zařízeních. Respondenti byli seznámeni se způsoby odpovědí a byla jim zaručena anonymita. Z organizačních důvodů (ne všichni respondenti měli čas vyplňovat dotazník hned, moje návštěva probíhala v zařízení a v pracovní době), byla domluvena lhůta potřebná k vyplnění a termín přebrání vyplněných dotazníků. Šetření probíhalo v červnu 2010.
6. **Rozbor dat.**
7. **Zjištění a závěrečná zpráva.**

Poslední dva kroky jsou předmětem podkapitoly popis a hodnocení šetření.

7.3. Vzorek šetření

Výběr zařízení pro výzkum byl realizován podle předem stanovených kritérií. *Prvním kritériem* byl výběr dvou typů zařízení sociálních služeb pro seniory tak, aby v nabídce obou typů služeb byly obdobné edukační a vzdělávací činnosti, protože rozdílnost nabídky by mohla ovlivnit náhledy pracovníků na edukaci jejich uživatelů, a aby hodnocení možné nerovnosti náhledů pracovníků dvou typů zařízení nemuselo s touto nerovností počítat. *Druhým kritériem* byla přiměřeně stejná dostupnost možností vzdělávání a edukace, do kterých mohou uživatelé vybraných služeb docházet nebo dojíždět, tedy aktivit mimo zařízení které užívají. Toto kritérium koresponduje v dotazníku s položkami které se ptají na pravidelné sociální kontakty uživatelů mimo zařízení a na jimi zvolené nebo požadované aktivity mimo zařízení. Olomouc nabízí možnost studovat na Univerzitě třetího věku, zvolila jsem tedy zařízení fungující v Olomouci a jeho blízkosti. Zvolenými územními celky jsou tedy okres Olomouc a Prostějov. Touto volbou byla zajištěna zhruba stejná rovnost příležitostí užití výše zmíněného studia. *Třetím kritériem* bylo zastoupení zřizovatelů služeb. Snažila jsem se zahrnout do vzorku zařízení zřizovaná různými subjekty. Organizace nabídky edukačních činností a struktura pracovníků zařízení s různým zřizovatelem se může lišit, pro celkové hodnocení vzorku jsem považovala za vhodné zařadit do výběru různé zřizovatele.

Pro šetření byly podle stanovených kritérií vybrány dvě Centra denních služeb pro seniory a dva Domovy pro seniory. Žádosti o spolupráci svým vstřícným přístupem vyhovělo 35 pracovníků.

7.4. Popis a hodnocení výsledků šetření

7.4.1. Charakteristika vybraných zařízení

Denní centra služeb pro seniory

Z denních center služeb jsem vybrala dvě zařízení, z toho jedno v okrese Olomouc (**A**), jedno v okrese Prostějov (**B**).

Denní centrum služeb A jehož zřizovatelem je Krajský Úřad Olomouckého kraje, má tuto strukturu pracovníků: 1 sociální pracovník, 8 pracovníků v sociálních službách, z nichž se nepedagogické výchovné činnosti věnují pracovníci v rozsahu 2,5

úvazku. V zařízení není zaměstnán žádný odborný specialista. Ze skladby pracovníků je patrné, že se zařízení co do odbornosti bude zaměřovat především na pečovatelskou činnost.

V zařízení užívá služby sto uživatelů, z čehož je 32 mužů a 68 žen. Aktuálně se stupeň závislosti na pomoci druhé osoby u uživatelů pohybuje převážně v rozmezí 1 až 2 stupně nebo bez stanovené závislosti, vyšší stupeň 3 a 4 se týká 13 uživatelů. V současné době je největší počet uživatelů ve věku 76-80 let (38) a 81-85 let (35), uživatelů starších 86 let je 20 a ve věkovém rozmezí 71-75 užívá službu 7 seniorů

V zařízení jsou realizovány aktivizační programy, které jsou v současné době podle mínění pracovníků orientovány převážně na rozvoj jemné a hrubé motoriky a kognitivních funkcí. Dále pak podle podkladů směřují k nácviku a upevňování psychických a sociálních schopností a dovedností. Z konkrétně nabízených činností jde například o keramické práce, práce s textiliemi, přírodninami, malování, přesazování květin, pečení, udržování vědomostí a znalostí, tréninky paměti, společné nebo individuální čtení, reminiscenční terapii, muzikoterapii, společné oslavy narozenin, z pohybových aktivit drobné sportovní hry, výlety, vycházky, cvičení dechová, motorická, artikulační, formou klubů cvičení pro zdraví, zpěv, apod. Pro zjištění adaptace na pobyt v tomto zařízení je doporučen dvou až třídní pobyt na zkoušku. Zařízení má velmi dobrou dostupnost, poskytuje službu přepravy uživatelů do a ze zařízení.

Denní centrum služeb B má sídlo v Okrese Prostějov a jeho zřizovatelem je Občanské sdružení. Toto sdružení je primárně zaměřeno na sociální služby pro osoby se zdravotním postižením. Službu denního centra služeb pro seniory začalo provozovat poměrně nedávno. Pro službu seniorům je vyčleněn jeden pracovník z kolektivu zaměstnaného ve službě pro osoby se zdravotním postižením, který má celý pracovní úvazek rozdělen na poloviny. Pracuje tedy ve službě pro seniory jednak jako sociální pracovník, jednak jako pracovník v sociálních službách. Téměř všechny aktivity pro seniory jsou v tomto centru zajišťovány externími pracovníky. Centrum si tak zajistilo pro nabízené činnosti v rámci služby pro seniory poměrně vysokou odbornost a může pružně reagovat na zájem seniorů o různé aktivity.

Co se týká struktury uživatelů, do otázek k analýze dokumentů nebyla poskytnuta odpověď, neboť skladba uživatelů co do pohlaví, stupně závislosti i věku je poměrně dost proměnlivá jak v zapojení do jednotlivých aktivit, tak v čase. Písemné podklady má Centrum zpracovány pro vzdělávací aktivitu „Akademii seniorů“ a pohybovou aktivitu Léčebnou tělesnou výchovu. Hlavním cílem programů pro seniory

v tomto zařízení je zdravý životní styl .Cílovou skupinou jsou osoby v důchodovém věku ohrožené sociálním vyloučením, snížením soběstačnosti a samostatnosti. Zájem o tuto službu projevují především senioři kteří se cítí osamoceni a kteří mají potřebu aktivních činností v kruhu svých vrstevníků.

Za vzdělávacími a edukačními činnostmi přichází senioři převážně v odpoledních hodinách. Strukturu vzdělávacích a edukačních aktivit určují uživatelé prakticky svým zájmem. V současné době Centrum nabízí například: celoroční cyklus přednášek a besed- Akademie seniorů, relaxační cvičení, jóga, jiná specifická cvičení, kurzy PC, výtvarných technik, tématicky zaměřené kurzy, např. vaření se zaměřením na zdravou výživu, němčina, rukodělné činnosti, drobné údržbářské práce apod. Uživatelé Centra služeb pro seniory mají k dispozici tělocvičnu se šatnou, kuchyňku s jídelnou, klubovnu a pracovnu PC, keramickou a výtvarnou dílnu, koupelnu s balneovanou, potřebné provozní a sociální zázemí. Dostupnost služby je dobrá.

Dále jsem do šetření zahrnula dvě zařízení pobytové služby Domov pro seniory. Obě zařízení (C) , (D) se nachází na území okresu Olomouc.

Domov pro seniory C má sídlo v obci okresu Olomouc, jeho zřizovatelem je obec. V přímoobslužné péči je zde zaměstnáno 12 pracovníků, z toho 1 sociální pracovník a 11 pracovníků v sociálních službách, z nichž 8 má zdravotní specializaci. Zařízení má kapacitu 38 míst pro uživatele služby, v současné době zde žije 36 seniorů, z toho 10 mužů a 26 žen. Senioři v tomto zařízení mají 1-2 stupeň závislosti, nebo ji nemají stanovenou vůbec (25), 11 uživatelů má stupeň závislosti 3 a 4. Nejvíce zastoupenou věkovou skupinou jsou 86 a více letí (17) a 81-85 letí uživatelé (13), senioři ve věkovém rozpětí 66-80 let jsou zastoupeni nejméně (6). V zařízení jsou realizovány aktivizační programy, písemné podklady má zařízení zpracovány pro cvičení paměti. Aktivizační programy jsou podle pracovníků zacíleny především na udržování mentální a fyzické kondice Cílem a snahou práce zaměstnanců Domova pro seniory je mimo jiné i hledání nových cest k udržování nebo i zvyšování úrovně pohybových, rozumových, komunikačních i praktických schopností a dovedností a tím ke zlepšování kvality jejich života. Zařízení nabízí sociální služby seniorům se sníženou soběstačností v základních životních dovednostech, který potřebuje určitou individuální míru podpory nebo péče. Edukační aktivity jsou organizovány prostřednictvím interních i externích nabídek. Struktura aktivit ve velké míře závisí na zájmu uživatelů, aktivity se mohou měnit i podle ročního období apod. V tomto zařízení jsou seniorům nabízeny např.: výlety, procházky, různá cvičení, besedy, přednášky, promítání filmů, kroužky

zaměřené na rukodělnou a výtvarnou činnost, pečení, výroba vánočních a velikonočních ozdob, trénink paměti, senioři se mohou účastnit i koncertů a divadelních vystoupení apod. Domov formou rezidenčních služeb své uživatele podporuje ve stáří tak, aby mohli v novém prostředí domova žít způsobem který jim vyhovuje a co nejvíce odpovídá životu v původním přirozeném prostředí, ale neomezuje svobodu a potřeby ostatních uživatelů. Bydlení je řešeno samostatnými byty, ve kterém bydlí jedna až dvě osoby. Vzhledem k tomu, že zařízení přijímá jen osoby s trvalým bydlištěm v obci, ve které se nachází je dostupnost této služby výborná.

Domov pro seniory D je největším z vybraných zařízení. Sídlí v okrese Olomouc a jeho zřizovatelem je Olomoucký Krajský Úřad. Zařízení poskytuje pobytovou službu i formou chráněného bydlení. Pro šetření byla vybrána právě část zařízení chráněného bydlení, ve které je aktuálně umístěno 167 uživatelů, z toho průměrem za poslední období 25,4 % mužů a 74,6 % žen. Struktura uživatelů co do stanoveného stupně závislosti je následující: 97 uživatelů stanovený stupeň závislosti nemá, u 62 je stanoven stupeň 1 a u 8 uživatelů stupeň 2. Věková struktura seniorů- uživatelů této služby se v aktuálním stavu pohybuje v rozmezí 61 – 75 let (33), 76 – 90 let (90), 90 let a více (45), 7 obyvatel má šedesát a méně let. Významným znakem této části zařízení je typ bydlení, který přibližuje v co největší míře styl bydlení v přirozeném prostředí. Z uvedeného znaku potom vyplývá požadavek na samostatnost a soběstačnost uživatelů, kteří jsou zde umístěni.

Ve struktuře pracovníků převažuje profesní zařazení pracovník v sociálních službách bez specializace (12), dále zde pracuje jeden sociální pracovník, techničtí pracovníci a externě zajišťují služby specialisté. Aktivizační programy v zařízení probíhají jak interní nabídkou, tak podle zájmu seniorů.

Senioři- uživatelé této služby mají vzhledem k nízkému stupni závislosti možnost využít i mnoho aktivit konaných mimo zařízení. Z aktivit nabízených v zařízení, o které uživatelé jeví stabilnější zájem lze jmenovat například muzikoterapii, biblioterapii, činnostní a pracovní terapii, kroužky, různě zaměřené kurzy, tématické besedy, diskuze, přednášky, herní činnosti, z pohybových aktivit cvičení s hudbou a různě zaměřená cvičení, výlety, procházky, jsou zde pořádány i soutěže a sportovní hry s účastí uživatelů jiných zařízení. Kulturní vyžití je zajišťováno např. koncerty a divadelními představeními. Dostupnost služby je výborná.

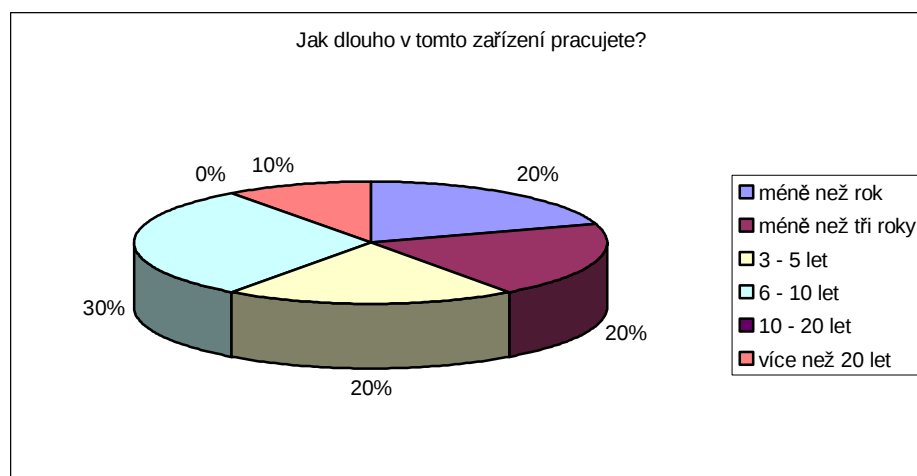
7.4.2. Rozbor dat

V předchozí podkapitole byla rozebrána data ze zápisového archu, který byl sestaven za účelem záznamu ze studia dokumentů. Za dokumenty jsou zde považovány internetové stránky kde se jednotlivá zařízení prezentují, záznam z registru poskytovatelů služeb na stránkách MPSV, tištěné informační materiály těchto zařízení (letáky, brožury, ap.) a informace získané od vedoucích pracovníků zařízení, od kterých bylo získáno povolení k průběhu šetření.

Další rozbor se týká jednotlivých položek (otázek) a podotázek dotazníku. Dotazník se rozhodlo vyplnit 35 respondentů, z toho 10 v Centrech denních služeb pro seniory a 25 v Domovech pro seniory. Pro lepší názornost bude struktura odpovědí u uzavřených otázek znázorněna graficky. U popisu otázky bude odvolání na příslušný graf. Graf AB bude obsahovat souhrn údajů odpovědí ze zařízení **A a B (centra denních služeb)**, graf CD bude obsahovat souhrn údajů odpovědí ze zařízení **C a D (Domovy pro seniory)**.

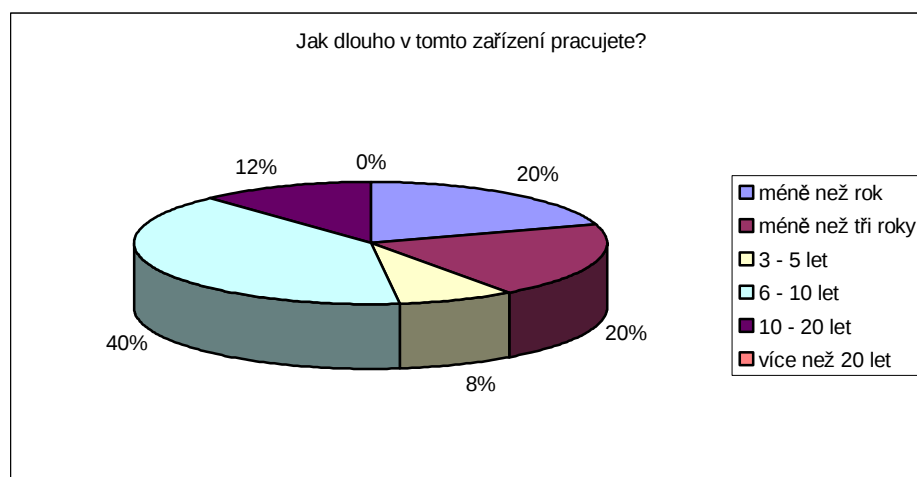
Položka č. 1 se ptá na délku praxe, po jakou pracovníci v zařízení působí. V zařízeních **Denních center služeb pro seniory** odpovědělo na otázku 10 respondentů (100%). Méně než rok pracují v zařízení 2 pracovníci (20 %), možnost méně než 3 roky vybrali 2 respondenti (20 %), možnost 3 – 5 let také dva respondenti (20 %), na možnost 6 – 10 let odpověděli 3 pracovníci (30 %), možnost 10 . 20 let nevybral žádný respondent (0%) a na možnost více než 20 let odpověděl jeden respondent (10 %) (viz graf 1 AB).

Graf 1AB



V zařízeních **Domovů pro seniory** odpovědělo na otázku všech 25 respondentů (100 %), z toho na možnost méně než jeden rok 5 pracovníků (20%), na možnost méně než tři roky také 5 pracovníků (20 %), možnost 3 – 5 let zvolili dva respondenti (8 %), možnost 6 – 10 let 10 respondentů (40 %) a možnost 10 – 20 let 3 respondenti (12 %). Možnost délky praxe více než 20 let nevybral žádný respondent (0%) (viz graf 1CD).

Graf 1CD



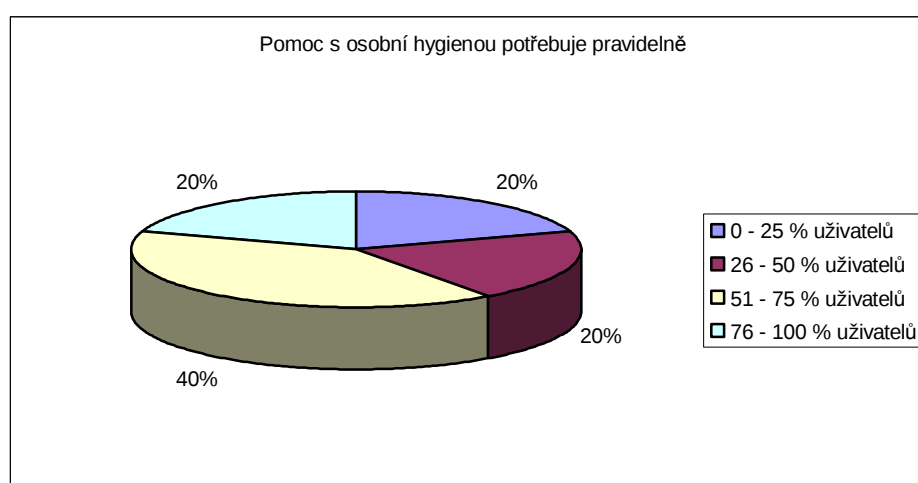
Z odpovědí u obou typů zařízení je patrné celkem podobné rozvržení pracovníků co do délky praxe v zařízení. Otázka délky praxe je důležitá především pro nabyté zkušenosti v daném typu zařízení a s poskytováním služeb v něm, souhru kolektivu, znalost vnitřních poměrů v zařízení, znalost uživatelů dané služby, ale také pro možné riziko syndromu vyhoření u některých pracovníků. Podmínky délky praxe pracovníků jednotlivých typů zařízení jsou srovnatelné.

Položka č. 2 má tři dílčí podotázky které se *snaží zjistit jak by popsali pracovníci uživatele služby z hlediska funkčních schopností fyzických (dotaz na pomoc s hygienou), sociálních (dotaz na četnost kontaktů) a psychických (dotaz na kognitivní funkci – paměť).* Možnost odpovědi byla dána čtyřmi předem danými kategoriemi s vyjádřením rozmezí procentuálního zastoupení uživatelů v dotazované funkční schopnosti. Ve druhé a třetí podotázce vyjadřovali pracovníci svůj názor přímo vyjádřením procent a odpovědi byly při zpracování kategorizovány podle modelu

v první podotázce. Tyto kategorie se dají slovně jednoduše vyjádřit podílem čtvrtina, polovina, tři čtvrtiny a celek.

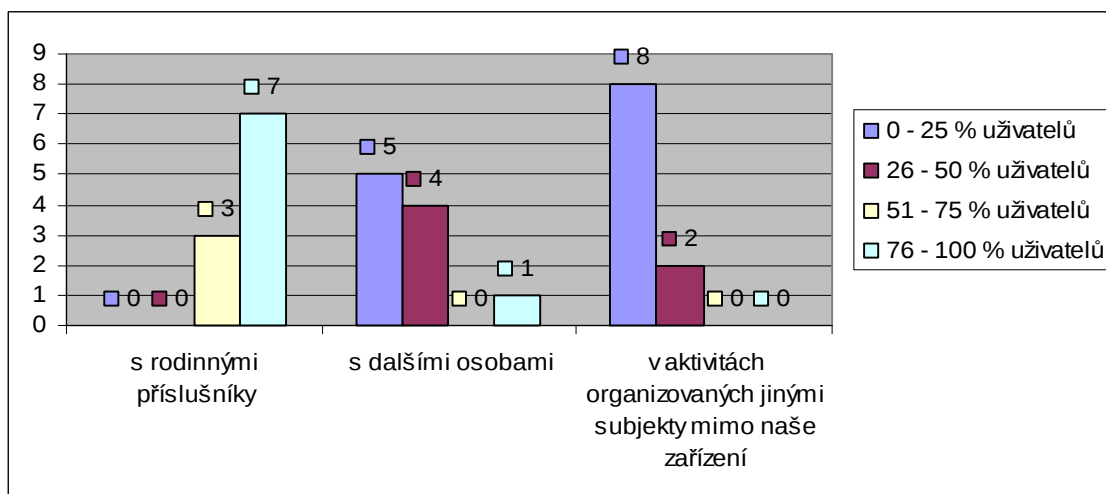
Na první podotázku kolik uživatelů potřebuje *pomoc s osobní hygienou* odpovědělo v **Denních centrech služeb pro seniory** všech 10 respondentů (100%), z toho dva pracovníci (20 %) vybrali možnost 0-25% uživatelů, dva pracovníci (20 %) možnost 26-50 % uživatelů a dva pracovníci (20 %) možnost 76-100% uživatelů. Čtyři respondenti (40 %) odpověděli volbou možnosti 51-75% uživatelů (viz graf 2 AB).

Graf 2AB



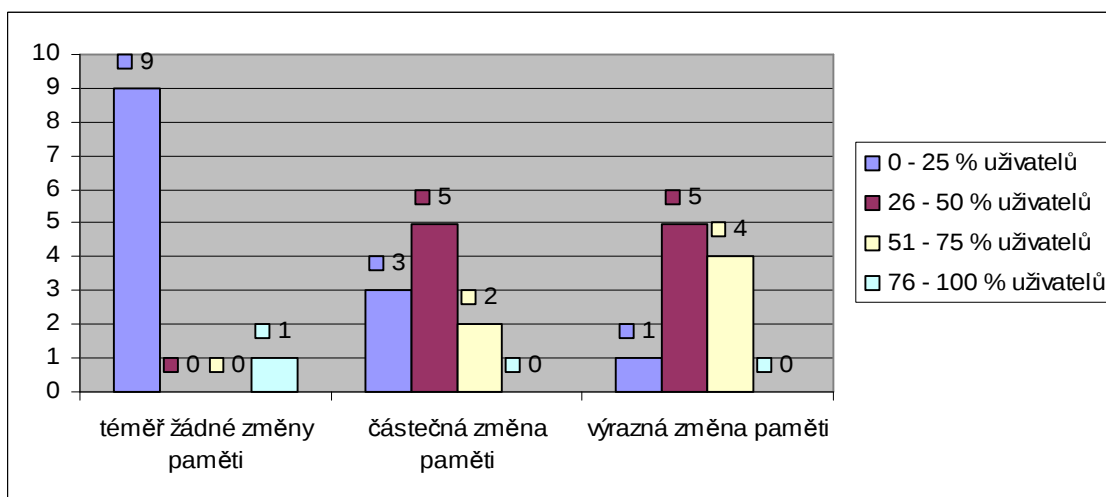
Druhou podotázku která se týkala náhledu pracovníků na *četnost sociálních kontaktů* zodpovědělo také 10 respondentů (100%), z toho pravidelné kontakty s rodinou předpokládají tři pracovníci (30 %) u tří čtvrtin uživatelů a sedm pracovníků (70 %) téměř u všech uživatelů. Pravidelné kontakty s dalšími osobami hodnotili respondenti takto : pět pracovníků (50 %) si myslí že tyto kontakty udržuje čtvrtina uživatelů, čtyři pracovníci (40 %) uvažují o polovině uživatelů a jeden pracovník (10 %) o téměř všech uživatelích. Možnost kontaktů uživatelů v aktivitách organizovaných jinými subjekty připouští osm pracovníků (80 %) u čtvrtiny a dva pracovníci (20%) u poloviny uživatelů jejich služby. (viz graf 3 AB).

Graf 3AB



Třetí podotázka se zabývala názorem pracovníků na *změny paměťových funkcí* u uživatelů jejich služby. Zodpovědělo ji 10 respondentů (100 %). Téměř žádné změny paměti nepozoruje devět pracovníků (90%) u čtvrtiny uživatelů, jeden pracovník (10%) neshledává změny u všech uživatelů. Jako částečnou hodnotí změnu paměti tři pracovníci (30%) u čtvrtiny uživatelů, pět pracovníků (50%) u poloviny uživatelů a dva pracovníci (20%) u tří čtvrtin uživatelů. Možnost že částečnou změnu paměti mají všichni uživatelé nezvolil žádný pracovník (0%). Za výraznou považuje změnu paměti jeden pracovník (10%) u čtvrtiny uživatelů, pět pracovníků (50%) u poloviny a čtyři pracovníci (40%) u tří čtvrtin uživatelů. Žádný pracovník (0%) neuvedl možnost výrazné změny i všech uživatelů (viz graf 4 AB).

Graf 4AB

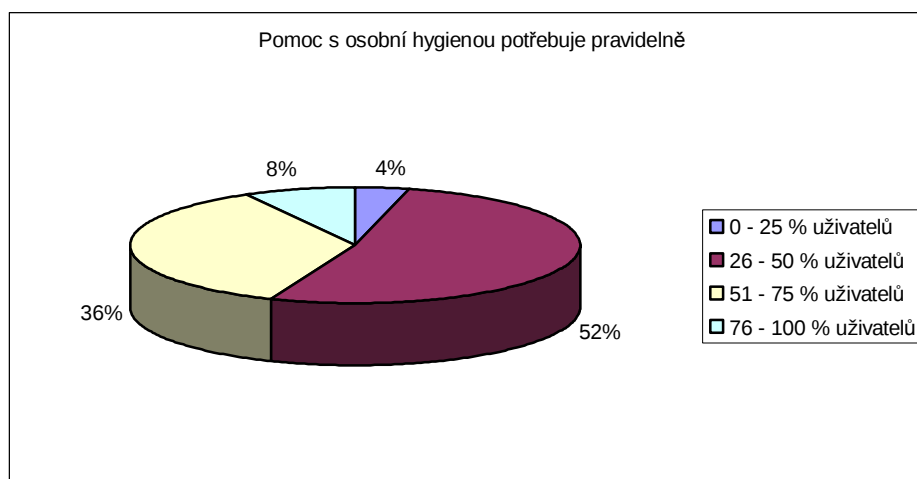


Z hlediska posouzení funkčního potenciálu se názory pracovníků zařízení center denních služeb liší v počtu uživatelů kteří potřebují pravidelnou pomoc z oblasti fyzických potřeb, u sociálních kontaktů jsou názory pracovníků přibližně stejné podobně jako u hodnocení paměťových změn. Celkový orientační náhled pracovníků na funkční potenciál uživatelů těchto služeb se dá považovat za kladný.

Na podotázky druhé položky odpovědělo 25 pracovníků (100%) **Domovů pro seniory takto:**

v otázce na *pomoc s hygienou* vybral jeden pracovník (4%) možnost že se tato pomoc týká čtvrtiny uživatelů, třináct pracovníků (52%) uvažuje o polovině uživatelů, devět pracovníků (36%) o třech čtvrtinách uživatelů a dva pracovníci (8%) o téměř všech uživatelích (viz graf 2CD).

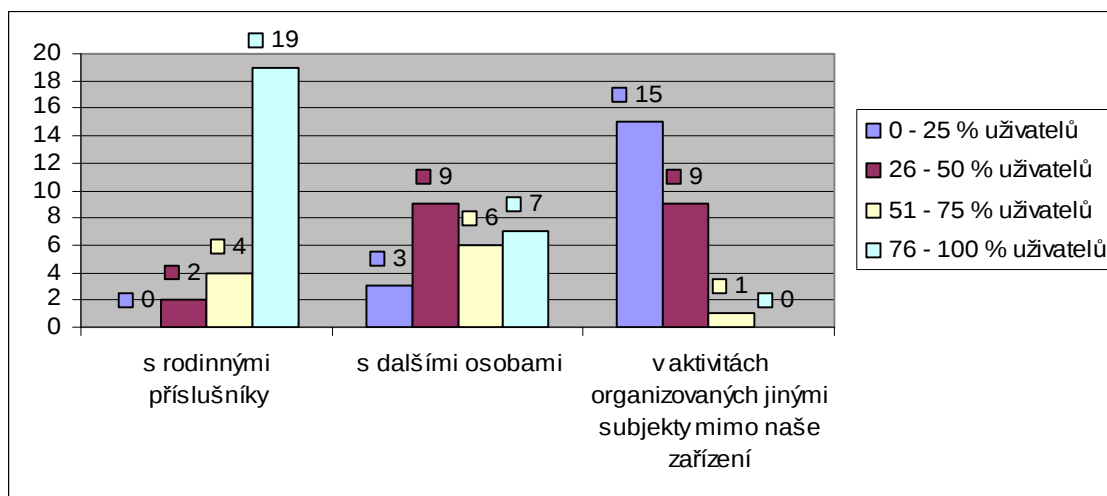
Graf 2CD



V otázce na *sociální kontakty* odpovídali respondenti v souvislosti s rodinou takto: devatenáct pracovníků (76%) si myslí že pravidelné kontakty s rodinou udržují téměř všichni uživatelé, čtyři pracovníci (16%) se přiklání ke třem čtvrtinám uživatelů a dva (8%) k polovině uživatelů. Ani jeden pracovník (0%) nehodnotí kontakty s rodinou jen u čtvrtiny uživatelů. Jako pravidelné kontakty s dalšími osobami hodnotí tři pracovníci (12%) u čtvrtiny uživatelů, devět pracovníků (36%) u poloviny uživatelů šest pracovníků (24%) u tří čtvrtin uživatelů a sedm pracovníků (28%) u téměř všech uživatelů. O realizaci kontaktů uživatelů v aktivitách mimo zařízení uvažuje patnáct pracovníků (60%) u čtvrtiny, devět pracovníků (36%) u poloviny, jeden pracovník

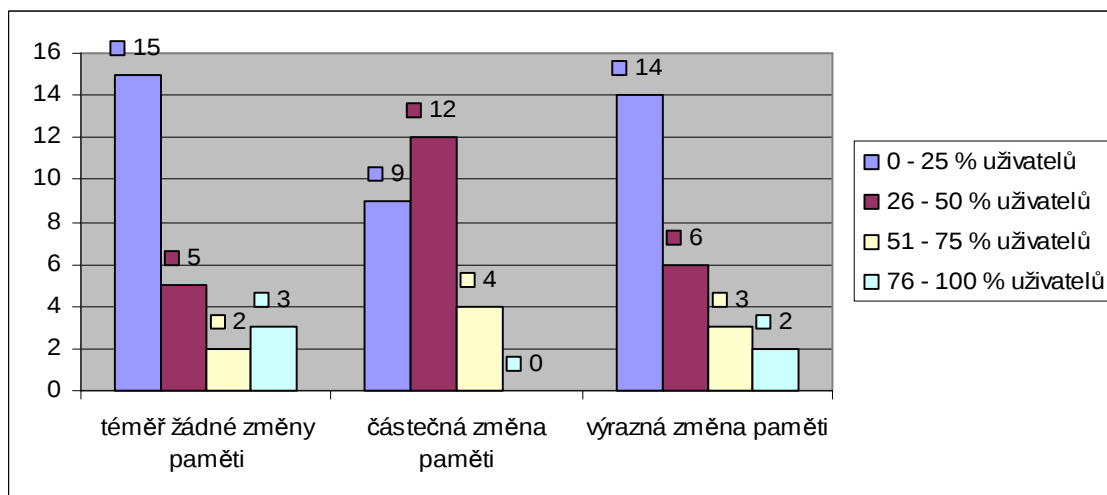
(4%) u tří čtvrtin uživatelů. U všech uživatelů tyto kontakty nepředpokládá žádný pracovník (0%) (viz graf 3CD).

Graf 3CD



V hodnocení *změn paměti* zvolilo možnost téměř žádných změn patnáct pracovníků (60%) u čtvrtiny uživatelů, pět pracovníků (20%) u poloviny uživatelů, dva pracovníci (8%) u tří čtvrtin uživatelů a tři pracovníci (12%) u téměř všech uživatelů. Možnost částečných změn potom volilo devět pracovníků (36%) u čtvrtiny, dvanáct pracovníků (48%) u poloviny a čtyři pracovníci (16%) u tří čtvrtin uživatelů. Možnost že částečnou změnu paměti mají téměř všichni uživatelé nezvolil žádný pracovník (0%). Jako na výraznou změnu nahlíží čtrnáct pracovníků (56%) u čtvrtiny, šest pracovníků (24%) u poloviny, tři pracovníci (12%) u tří čtvrtin a dva pracovníci (8%) u téměř všech uživatelů (viz. graf 4CD).

Graf 4CD



V otázce pomoci s fyzickou potřebou v oblasti hygieny se názory pracovníků téměř shodovaly v hodnotách poloviny až tří čtvrtin uživatelů jejich služeb. O sociálních kontaktech smýšlejí pracovníci poměrně stejně v rovině rodiny a těch, které jsou realizovány v aktivitách mimo jejich zařízení. V názorech na kontakty s ostatními osobami se pracovníci liší. Co se týká změn paměti se pracovníci nejvíce lišili v názorech na částečnou změnu, přibližně stejné názory v rozsahu čtvrtiny až poloviny uživatelů měli na minimální a výrazné změny paměti u uživatelů služby. Celkový orientační náhled pracovníků na funkční potenciál uživatelů se dá považovat za kladný.

Dílčí srovnání: zatímco pracovníci center nahlíží na nutnost pravidelné pomoci při hygieně co do počtu uživatelů kteří pomoc potřebují rozdílně, pracovníci domovů se v této otázce poměrně shodují. Rozdíl může plynout z charakteru služby, domovy jsou službou pobytovou („uživatel je zde doma“ a má jiné požadavky na rozsah hygienických úkonů než uživatel centra), centra jsou službou ambulantní (uživatel je zde jakoby „na návštěvě“ a požadavek na rozsah hygieny nemusí být příliš velký, část hygienických činností vykonává až ve své domácnosti). Názory mohou korespondovat s tím na které z činností se personál podílí, tedy souviset se skladbou pracovníků.

U další oblastí funkčního potenciálu uživatelů – sociálních kontaktů lze najít jen malé dílčí rozdíly ve výpovědi pracovníků na kontakty uživatelů s dalšími osobami. Rozdíly mohou mít příčinu v tom, jak se uživatelé pracovníkům svěřují a v tom, koho pracovníci považují za další osoby. Ani v rámci jednotlivých zařízení se názory pracovníků neshodují. Co se týká kontaktů s rodinou, shodují se pracovníci obou typů zařízení že tyto kontakty udržuje velký počet jejich uživatelů. V hodnocení kontaktů v aktivitách mimo zařízení je malý rozdíl, pracovníci domovů tady uvádí o něco větší procento uživatelů než pracovníci center. Uživatelé center však nemusí využívat službu center denních služeb denně a pracovníci se o jejich dalších aktivitách nemusí vždy dovědět.

V hodnocení paměti jsou patrné rozdíly ve výpovědích pracovníků jednotlivých typů zařízení. Zatímco v centrech se pracovníci přiklání u svých uživatelů spíše k variantě téměř žádné změny paměti, u pracovníků domovů se názory na procento uživatelů v jednotlivě pojmenovaných změnách liší. Největší shodu lze najít u zařazení čtvrtiny uživatelů k téměř žádným a čtvrtiny výrazným změnám paměti. Z povahy práce pracovníka centra denních služeb vyplývá, že je v kontaktu s uživatelem v delších časových úsecích dne a má možnost rozlišit změnu paměti od pouhé neznalosti nebo změn jiných kognitivních funkcí a percepce. Tuto možnost pracovník domova většinou

nemá, což se může stát zdrojem rozdílů. Hodnocení změn paměti může pochopitelně záviset i na struktuře uživatelů a jejich skutečných psychických schopnostech. Celkové hodnocení funkčních schopností se dá u pracovníků obou typů zařízení považovat za kladné s přihlédnutím na věkovou strukturu uživatelů a na velmi orientační povahu otázek tohoto šetření.

Položka č.3 se dotazuje na to, jaký názor mají pracovníci vybraných služeb na *smysluplnost přípravy na stáří*.

Na otázku odpověděli všichni pracovníci **Denních center služeb pro seniory** (100%). Z toho devět pracovníků (90%) se ke smyslu přípravy na stáří vyjádřilo kladně, jeden pracovník (10%) záporně (viz.graf 5AB).

Graf 5 AB



V případě kladné odpovědi pokračuje položka zdůvodňující otevřenou otázkou. Ve svých odpovědích na otázku proč považují přípravu na stáří za smysluplnou zmiňovali respondenti především zajištění seniorů v oblasti financí, bydlení a pomoci (včetně informovanosti o sociálních službách), dále zachování aktivního stylu života, fyzické kondice, mozkové činnosti, nezávislosti a dovednostech v naučené schopnosti využití volného času. Jen jeden respondent se ke smyslu přípravy nevyjádřil. Náhled respondentů na tuto otázku byl v podstatě shodný a slučoval se s názory odborníků na tuto problematiku.

V *Domovech pro seniory* odpovídali pracovníci na otázku smyslu přípravy na stáří takto: odpovědělo 25 respondentů (100%), devatenáct pracovníků (76%) zvolilo kladnou odpověď, šest pracovníků (24%) zápornou odpověď (viz. graf 5CD).

Graf 5 CD



Ke smyslu přípravy na stáří se slovně vyjádřilo 12 respondentů, kteří zmiňovali především význam ve prospěch adaptace na změny ve stáří, zajištění směřující k nezávislosti na druhých osobách a to hlavně v oblasti finančního zabezpečení a soběstačnosti. V náhledu na tuto problematiku se respondenti ve svých odpovědích velmi shodovali.

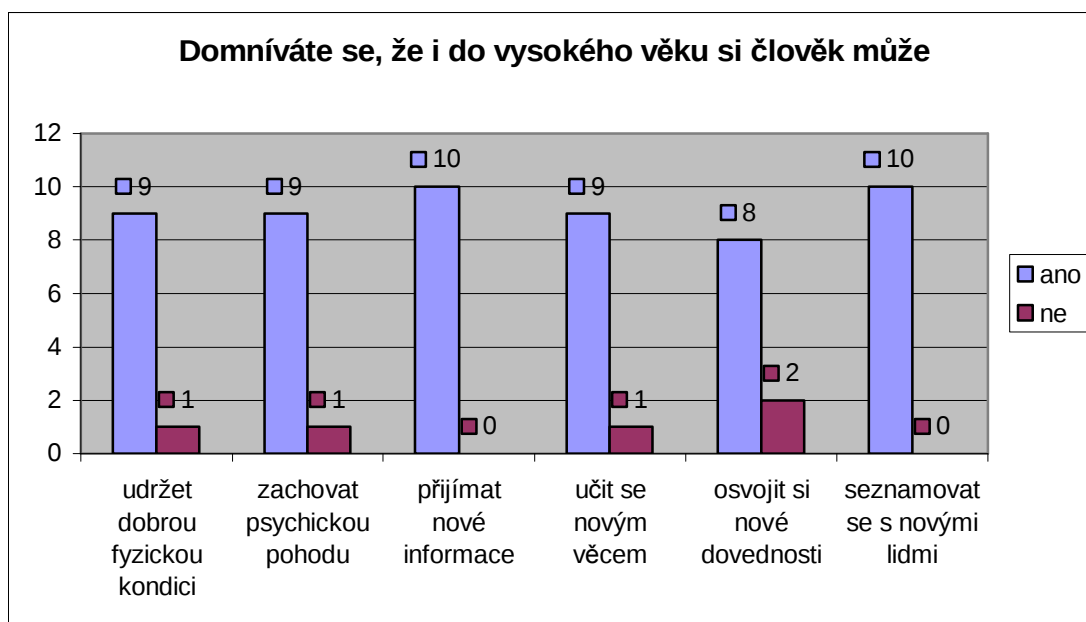
Dílčí srovnání: ke smysluplnosti přípravy na stáří se vyjádřilo kladně více respondentů z center proti respondentům z domovů a to jak v základní dichotomické otázce, tak ve slovním hodnocení smyslu přípravy. Proti náhledu pracovníků domovů byly pracovníky z center uvedeny důvody smysluplnosti přípravy ve větším rozsahu, zabíraly více rovin života seniora. Možná příčina rozdílu může spočívat v životním stylu uživatelů jejich služeb. Uživatelé center střídají prostředí zařízení služby s prostředím svého domova, musí být připraveni zvládat více činností (doprava, zajištění domácnosti, poplatky spojené s bydlením ap.). Dá se říct, že jejich život je v určitých ohledech „pestřejší“ než život uživatelů domovů. Vnímání této různorodosti činností může být důvodem k většímu důrazu a širšímu záběru v otázce smyslu přípravy na stáří. Dalším důvodem může být struktura profesí v zařízeních a fakt, že každá profese tíhne k doporučením, která se týkají oblasti jejího působení (sestry- zdraví, pečovatelé-

soběstačnost, rehabilitační pracovník – fyzická kondice, výchovný pracovník- psychické funkce apod.).

Položka č. 4 zkoumá náhled pracovníků na to, *co si může uchovat člověk do vysokého věku*. Tato položka souvisí jak s náhledem respondentů na funkční potenciál seniorů, tak s náhledem na přípravu na stárnutí. Položka obsahuje šest dichotomických podotázek. U všech šesti dotazů odpovědělo deset pracovníků (100%) **Denních center služeb pro seniory**.

Na možnost udržet si do vysokého věku dobrou fyzickou kondici kladně odpovědělo devět respondentů záporně jeden respondent, na možnost zachování psychické pohody odpovědělo stejně devět respondentů kladně a jeden respondent záporně. U možnosti přijímat do vysokého věku nové informace odpovědělo všech deset respondentů kladně. Na možnost učit se do vysokého věku novým věcem odpovědělo devět respondentů kladně a jeden respondent záporně, otázku možnosti osvojení nových dovedností hodnotilo kladně osm respondentů, záporně dva respondenti. Že se i ve vysokém věku mohou senioři seznamovat s novými lidmi si myslí deset respondentů (viz.graf 6AB).

Graf 6 AB



O názorech pracovníků center na možnosti funkčního potenciálu ve vysokém věku se dá říct že v nich panuje téměř úplná shoda a že v nich pracovníci vyjadřují pozitivní postoj k možnostem aktivního života seniorů.

I v **domovech pro seniory** odpověděli na všech šest otázek položky 4 všichni respondenti (100%). Naprostá shoda kladných odpovědí (25 respondentů) se týkala otázek o udržení dobré fyzické kondice, přijímání nových informací, učení se novým věcem, seznamování s novými lidmi do vysokého věku. U otázek na zachování psychické pohody a osvojování nových dovedností do vysokého věku odpověděl vždy jeden respondent záporně (viz graf 6CD).

Graf 6 CD



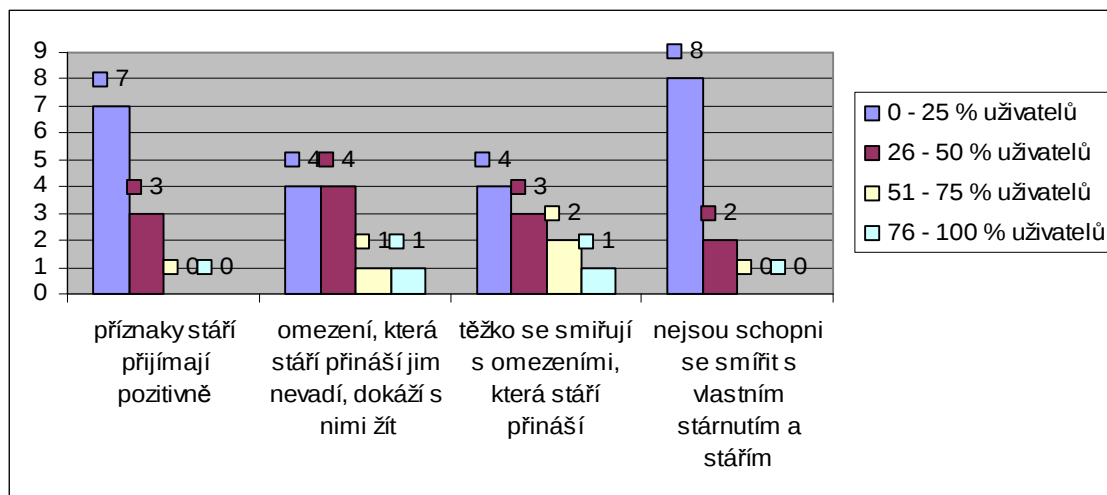
Dílčí srovnání: v otázce možnosti udržet si funkční schopnosti do vysokého věku se shodují ve velké míře nejen názory pracovníků jednotlivých typů zařízení ale téměř jednotné jsou názory pracovníků u obou typů dohromady. Tuto názorovou shodu mohou podporovat kladné výsledky práce a snahy o zajištění kvalitních aktivit pro uživatele služeb v zařízeních. Práce a snaha která posouvá seniory ke kvalitnějšímu a aktivnějšímu životu může pracovníky utvrzovat v přesvědčení, že dobré funkční schopnosti a dovednosti je člověk schopen udržovat až do vysokého věku.

Položka č. 5 Čtyři podotázky této položky zkoumají jak se pracovníci dívají na *adaptaci uživatelů jejich služby na stárnutí a stáří*, jestli příznaky stáří přijímají pozitivně, jestli dokáží žít s omezeními, které jim stáří přináší a jak se s nimi smiřují.

Procentuální vyjádření názoru na počet uživatelů bylo opět kategorizováno do čtyř skupin jako u předchozích modelů – 0 – 25%, 26 – 50%, 51 – 75%, 76 – 100%. V **Denních centrech služeb pro seniory** odpovědělo na všechny čtyři dotazy deset respondentů (100%).

Pracovníci center denních služeb si myslí, že *pozitivně přijímá stáří* : sedm pracovníků zvolilo tuto možnost pro rozmezí do čtvrtiny uživatelů a tři pracovníci od čtvrtiny do poloviny uživatelů. Že uživatelé *dokáží žít s omezeními, která jim stáří přináší a nevadí jim* předpokládají čtyři pracovníci u čtvrtiny uživatelů, čtyři pracovníci u uživatelů v rozmezí čtvrtiny až poloviny, jeden pracovník u rozmezí poloviny až tří čtvrtin uživatelů a jeden pracovník téměř u všech uživatelů jejich služby. Další otázka se týkala uživatelů, kteří se s *omezeními ve stáří smiřují těžko*, což předpokládají čtyři pracovníci u rozmezí do čtvrtiny uživatelů, tři pracovníci v rozmezí od čtvrtiny do poloviny uživatelů, dva pracovníci v rozmezí od poloviny do tří čtvrtin uživatelů a jeden pracovník tuto možnost předpokládá téměř u všech uživatelů. Poslední otázka se věnovala uživatelům, kteří *nejsou schopni se smířit se svým stárnutím a stářím*. Osm pracovníků takto uvažuje o čtvrtině uživatelů a dva o polovině uživatelů (viz graf 7AB). Největší názorová shoda je patrná u možnosti pozitivního přijetí příznaků stáří a u možnosti neschopnosti se vyrovnat s vlastním stářím. V možnosti že uživatelé dokáží s omezeními žít se shodují názory v širším pásmu rozmezí do poloviny uživatelů. U možnosti že se uživatelé s omezeními ve stáří těžko smiřují je patrný rozdíl v názorech. Celkově se dá z odpovědí usoudit, že náhled na adaptaci uživatelů na stárnutí a stáří je poměrně kladný, pracovníci zahrnuli do první a druhé možnosti vyšší procento uživatelů.

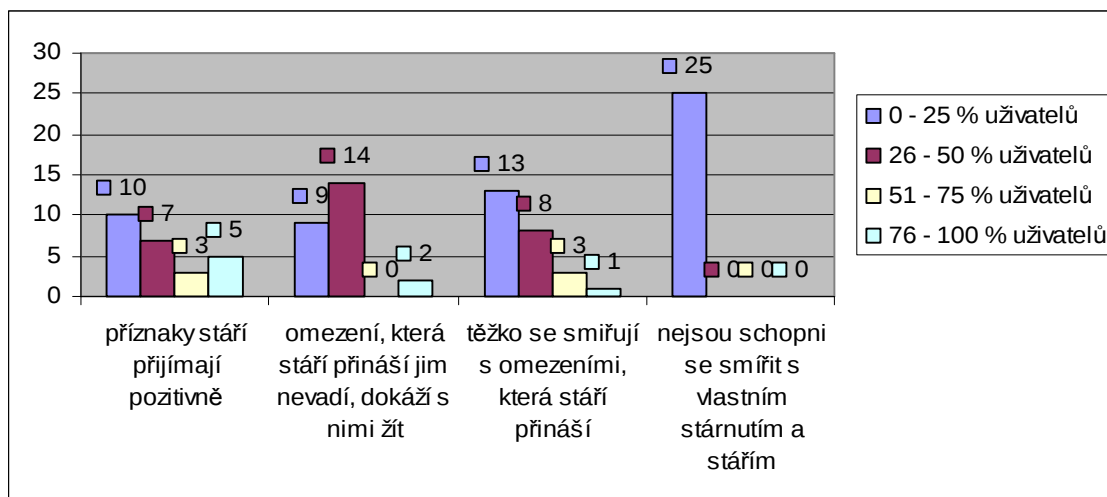
Graf 7AB



V **Domovech pro seniory** odpověděli všichni respondenti (25 = 100%). Na jednotlivé otázky odpovídali takto: jako *pozitivní příjem příznaků stáří* hodnotilo deset pracovníků u čtvrtiny uživatelů a tři pracovníci v rozmezí čtvrtiny až poloviny uživatelů, že *dokáží s omezeními stáří žít a nevadí jim* uvažuje devět pracovníků u čtvrtiny uživatelů, čtrnáct pracovníků si totéž myslí u uživatelů v rozmezí čtvrtiny až poloviny a dva pracovníci takto hodnotí téměř všechny uživatele. Tuto variantu pro rozmezí poloviny až tří čtvrti uživatelů nezvolil žádný pracovník. Jako *těžko se smiřující s omezeními ve stáří* vidí třináct pracovníků čtvrtinu uživatelů, osm pracovníků rozmezí od čtvrtiny do poloviny uživatelů, tři pracovníci takto uvažují o uživatelích v rozmezí poloviny až tří čtvrtin a jeden pracovník téměř o všech uživatelích. Všichni pracovníci uvedli, že uživatelé v rozmezí do jedné čtvrtiny *nejsou schopni se smířit se stářím* (viz graf 7CD).

Názory na adaptaci uživatelů služby se u pracovníků zařízení domovů příliš neshodují. Naprostá shoda se jeví jen u otázky neschopnosti smířit se se svým stářím, kde celkový počet pracovníků přiřadil stejné rozmezí uživatelů. O názorové shodě v širším rozmezí do poloviny uživatelů se dá uvažovat ještě u možnosti, že uživatelé dokáží s omezeními stáří žít a nevadí jim. Náhled pracovníků na adaptaci uživatelů na stárnutí a stáří je tedy různý.

Graf 7CD



Dílčí srovnání: pracovníci center se v názorech na adaptaci uživatelů na stárnutí a stáří více shodují než pracovníci domovů. Rozdíly existují i v přiřazení čtyř typů adaptace k procentu uživatelů k nimž se podle názorů pracovníků vztahují. Zdá se, že pracovníci center se přiklání k první a druhé možnosti u většího procenta uživatelů, než je tomu u

pracovníků domovů, což by znamenalo, že mají s adaptací uživatelů na stáří pozitivnější zkušenost. Rozdíly v názorech mohou pramenit ze skutečné rozdílnosti adaptačních mechanismů u uživatelů jednotlivých typ zařízení, nebo také z toho, že pracovníci zařízení domovů slučují adaptaci na stáří s adaptací uživatelů na pobyt v jejich zařízení.

Položka č. 6 zkoumá náhled pracovníků na potřeby uživatelů jejich zařízení. Bylo vybráno osm různých potřeb a úkolem respondentů je odpovědět, do jaké míry si myslí že je dotazovaná potřeba pro uživatele jejich služby podstatná. Otázky jsou škálové, jsou formulovány do výroků. Respondent vybírá odpověď v hodnotách od jedné do pěti a vyjadřuje do jaké míry s výrokem souhlasí, tzn. s tím, jestli je pomoc v dotazované potřebě pro uživatele nejpodstatnější. Slovní vyjádření má potom podobu : 1- s tvrzením naprosto souhlasím (pocit, potřeba, pomoc v této potřebě jsou nejpodstatnější, 2 – s tvrzením spíše souhlasím (pocit, potřeba, pomoc jsou podstatné), 3 – s tvrzením lze někdy souhlasit, někdy ne (podstatnost záleží na okolnostech), 4 – s tvrzením spíše nesouhlasím (pocit, potřeba, pomoc v potřebě nejsou příliš podstatné), 5 – s tvrzením vůbec nesouhlasím (pocit, potřeba, pomoc nejsou vůbec podstatné)

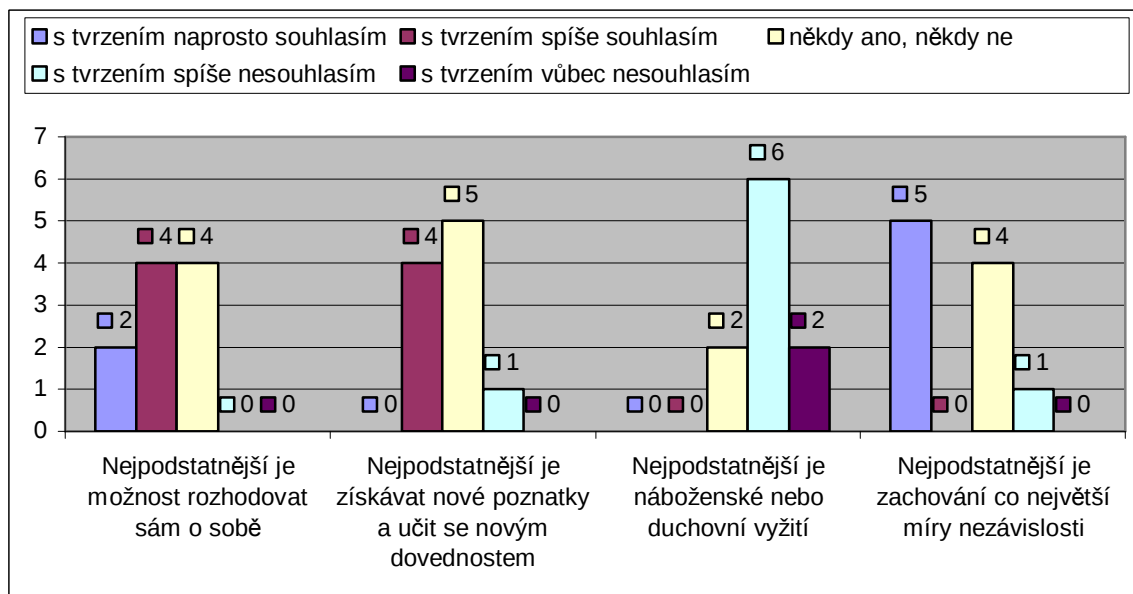
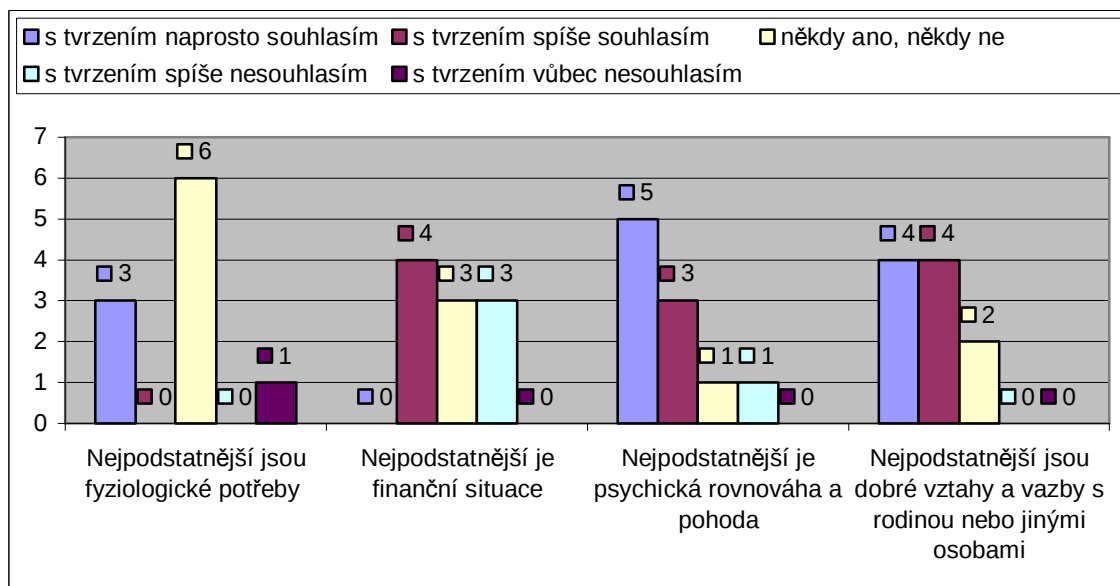
V ***Denních centrech služeb pro seniory*** odpovědělo na každý výrok všech deset pracovníků (100%).

Zastoupení názorů u podstatnosti pomoci v zajišťování *základních fyziologických potřeb* mělo tuto podobu: tři respondenti zvolili - 1, šest respondentů - 3, jeden respondent - 5. Stanovení jestli má většina uživatelů *obavy ze své finanční situace* : čtyři respondenti zvolili - 2, tři - 3 a tři - 4. U pomoci v *zajištění psychické rovnováhy a pohody* se vyjádřilo pět respondentů - 1, tři respondenti - 2, jeden respondent - 3, a jeden respondent - 4. Podstatnost *dobrých vztahů a vazeb s rodinou nebo blízkými osobami* hodnotili respondenti takto : čtyři - 1, čtyři - 2, a dva - 3. Jak podstatné je *samostatné rozhodování* uživatelů hodnotí dva respondenti - 1, čtyři - 2 a čtyři - 3. Jak podstatné je pro uživatele *získávání nových poznatků a dovedností* vidí respondenti takto: čtyři - 2, pět - 3 a jeden - 4. Na podstatnost *náboženského a duchovního vyžití* se respondenti dívají : dva - 2, šest - 4 a dva - 5. Podstatnost *zachování co největší míry nezávislosti na pomoci druhé osoby* hodnotí pět respondentů - 1, čtyři - 3 a jeden - 4 (viz graf 8AB).

Dá se říct, že u pracovníků center je vidět názorová shoda téměř u všech pocitů, potřeb a pomoci s jejich uplatněním, které se týkají uživatelů v jejich zařízení. Větší různorodost názorů je patrná jen v oblasti podstatnosti psychické rovnováhy a pohody,

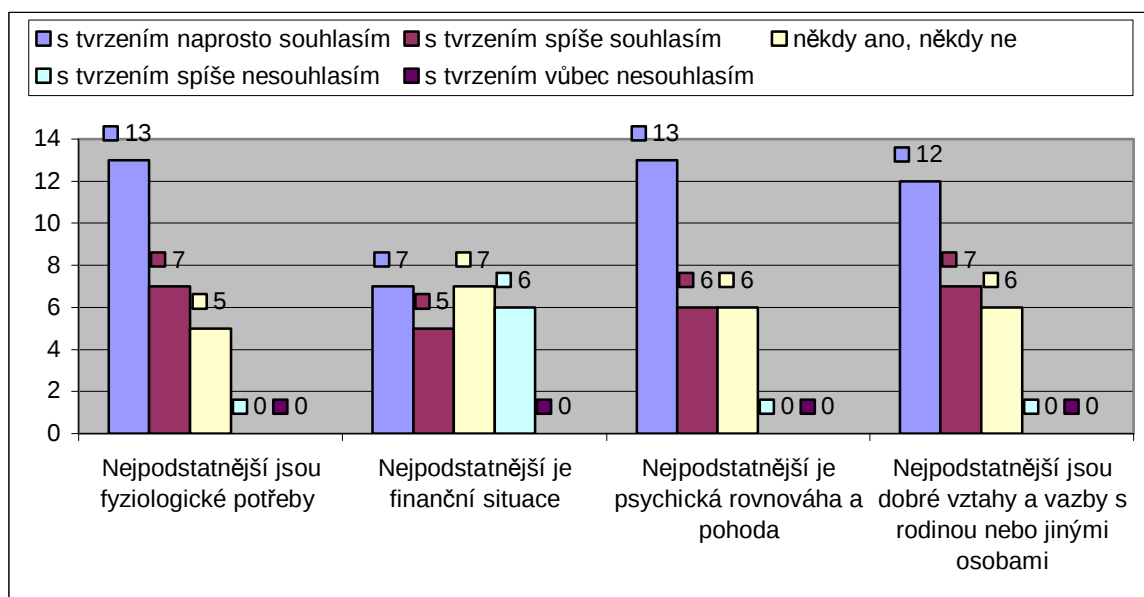
žádný z respondentů však neoznačil tuto potřebu jako úplně nepodstatnou a polovina je toho názoru že tato potřeba patří mezi nejpodstatnější. Zajímavý je názor pracovníků na náboženské a duchovní vyžití uživatelů. V tomto bodě se respondenti poměrně shodují na tom, že tato potřeba pro uživatele příliš podstatná není. Tento názor může mít původ i v tom, že oblast duchovních potřeb je pro seniory věcí jisté duševní intimity a pomoc v jejím uspokojování nechávají spíše „v ruce“ rodinných příslušníků. Pracovníci o podstatě této potřeby potom mnoho neví. Dalším zajímavým zjištěním jsou názory na obavy uživatelů z jejich finanční situace. Respondenti se v názorech drželi širšího středu od spíše ano po spíše ne. Bylo by zajímavé zjistit, jak moc o své finanční situaci uživatelé s pracovníky mluví.

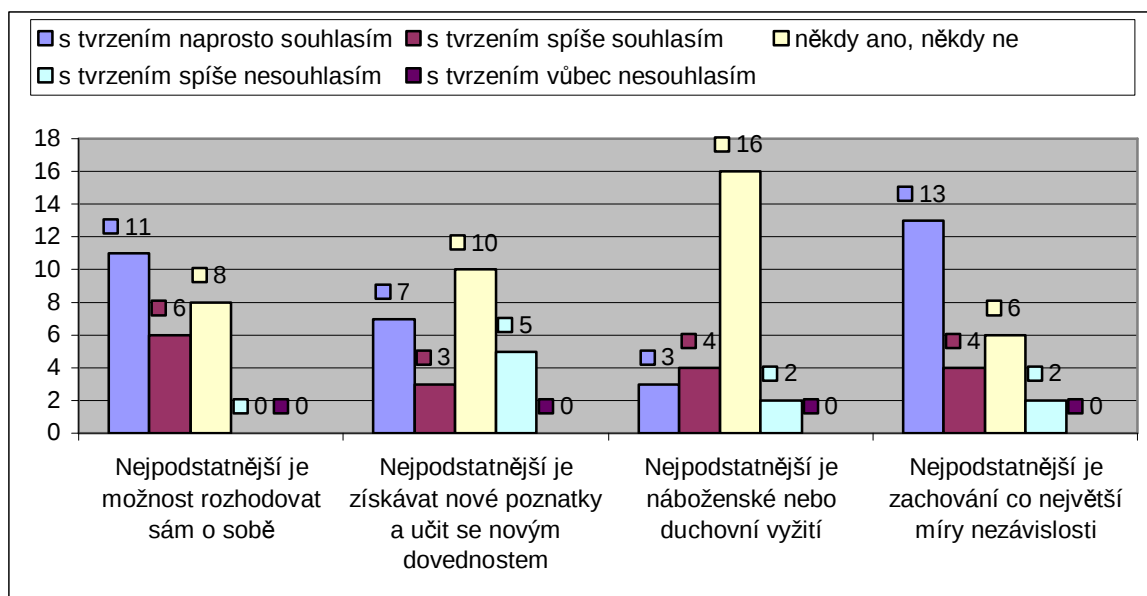
Graf 8AB



Pracovníci **Domovů pro seniory** se vyjádřili k potřebám seniorů – uživatelů jejich služeb takto: podstatnost *pomoci při zajištění základních fyziologických potřeb* hodnotilo třináct respondentů 1, sedm 2, tři pět 3. *Obavy z finanční situace* uživatelů vidí pracovníci takto: sedm 1, pět – 2, sedm – 3 a šest- 4. K podstatnosti *pomoci v zajištění psychické rovnováhy a pohody* se vyjádřilo třináct respondentů – 1, šest – 2 a šest - 3. *Dobré vztahy a vazby s rodinou a blízkými osobami* vidí respondenti takto: dvanáct – 1, sedm – 2, šest – 3. Na podstatnost otázky *rozhodování o vlastní osobě* nahlíží jedenáct respondentů – 1, šest – 2, osm – 4. Ke *získávání nových poznatků a dovedností* se pracovníci vyjádřili takto: sedm pracovníků – 1, tři – 2, osm – 3, pět – 4. *Náboženské a duchovní vyžití* vidí jako nejpodstatnější tři pracovníci – 1, čtyři – 2, šestnáct – 3, a dva – 2. Podstatnost *zachování co největší míry nezávislosti na pomoci druhé osoby* hodnotilo třináct pracovníků – 1, čtyři – 2, šest – 3 a dva – 4. Na všechny podotázky odpověděl plný počet respondentů (100%) (viz graf 8CD).

Graf 8CD





Mezi pracovníky domovů se jeví přibližná názorová shoda v otázce podstatnosti v zajištění fyziologických potřeb, psychické rovnováhy a pohody, v důrazu na vazby a vztahy s rodinou a blízkými osobami a ve váze, kterou uživatelé přikládají možnosti rozhodování sami o sobě. O příklonu k důrazu na fyziologické potřeby, zachování psychické rovnováhy a pohody se dá říct, že vyplývají z povahy práce v domovech pro seniory. Názorová shoda v otázce zachovávání dobrých vztahů a vazeb s rodinou a blízkými osobami koresponduje s tím kolik uživatelů přiřadili pracovníci ke kontaktům s rodinnými příslušníky u oblasti funkčních schopností. V otázce autonomie (samostatné rozhodování) se názory pohybují od hodnocení velmi podstatné po nerozhodné. Tento výsledek zároveň potvrzuje, že pracovníci o významu autonomie u seniora mají dobré povědomí. V otázce náboženského a duchovního vyžití se pracovníci nejvíce přiklání ke středu, kdy váhají v názoru o podstatnosti této potřeby u jejich uživatelů. Na postoji k této potřebě uživatelů se může podílet skutečnost, do jaké míry je umožněno např. konání Bohoslužeb v zařízení, náboženské aktivity apod., jinak platí zřejmě i zde že v této oblasti nebudou pracovníci o uživatelích příliš informováni. Pracovníci domovů se příliš neshodují v otázce obav z finanční zajištěnosti u jejich uživatelů, což může být způsobeno tím, že o této oblasti nemají ze strany uživatelů informace. Dále v otázce získávání nových poznatků a dovedností. Zde může neshodu způsobovat fakt, že práce s uživatelem podléhá více rozdělení úkolů mezi profese a zájem uživatelů o tuto potřebu nemusí být pro všechny pracovníky patrný. Poslední oblastí, kde se neprojevila příliš velká shoda je potřeba zachování co největší nezávislosti na pomoci druhé osoby. Přibližně polovina pracovníků si myslí, že tato

potřeba má pro uživatele velký význam, odpovědi ostatních pracovníků jsou rozděleny mezi další tři varianty. Názorové rozdíly mohou být způsobeny tím, jak pracovníci přistupují k soběstačnosti uživatele, mohou mít pocit, že je v domově vždy někdo připraven uživateli pomoci, takže váha nezávislosti pro ně nemusí být tak velká, jako u některých jiných potřeb.

Dílčí srovnání:

V názorech na podstatnost pomoci v zajištění fyziologických potřeb se pracovníci obou zařízení neshodují, zatímco u pracovníků center převládá názor že pomoc v této oblasti má střídavou naléhavost, většina pracovníků domovů ji hodnotila jako velmi podstatnou. Jak bylo řečeno v popisu funkčních schopností u bodu hygiena, může příčina nesrovnalostí spočívat v charakteru služby a rozsahu požadavků na poskytovanou pomoc ze strany uživatelů. U vyjádření o obavách z finanční situace uživatelů je situace v obou typech zařízení obdobná, jeví se zde názorová neshoda, která může být způsobena malou informovaností pracovníků o finanční situaci uživatelů, nebo tím, že je informováno jen málo pracovníků, kterým se uživatelé rozhodli svěřit. Názory pracovníků pak mohou být ovlivněny jen domněnkami, které získají na základě svých úsudků. U otázky na váhu pomoci v potřebě zabezpečení psychické rovnováhy a pohody se názory pracovníků v jednotlivých typech zařízení rozcházejí. Zatímco pracovníci center nejsou v názorech na tuto věc jednotní, u pracovníků domovů existuje širší shoda, že tato oblast má docela velkou důležitost. Rozdíl v názorech mezi zařízeními může být způsoben samotnými uživateli, hlavně způsobem jejich bydlení. Na zajištění psychické rovnováhy a pohody u uživatelů center se podílí denně i rodina a přirozené prostředí vlastního domova, což se může projevit v tom, že pomoc v zajišťování této psychické potřeby požadují v menší míře než uživatelé v domovech. Tato skutečnost může následně ovlivnit náhled pracovníků na důležitost pomoci v plnění této potřeby. Složení odpovědí na otázku vztahů a vazeb s rodinou a blízkými osobami se velmi podobá. Pracovníci obou typů zařízení vidí zmíněné dobré vztahy a vazby u uživatelů jejich služeb jako velmi důležité. Velmi zajímavé a dá se říct překvapivé je srovnání odpovědí na autonomii uživatelů jednotlivých typů služeb. V této otázce panovala širší názorová shoda v každém typu služby. U uživatelů služeb center kteří žijí ve vlastní domácnosti se dá předpokládat nutnost zachování vysoké míry autonomie, což by se mohlo promítnout v reflexi pracovníků center na váhu kterou této potřebě přikládají. Pracovníci center odpovídali na tuto otázku ve větším počtu blíže ke středu. Naopak pracovníci domovů se převážně přikláněli k tomu, že autonomie

je velmi podstatnou potřebou uživatelů. Příčina menšího důrazu pracovníků center na tuto oblast by mohla být předmětem dalšího šetření, směr názorů pracovníků domovů je pozitivním zjištěním, které signalizuje mimo jiné i respektování této potřeby. U otázky získávání nových poznatků a dovedností se jeví výrazný rozdíl mezi názory pracovníků jednotlivých typů služeb. Zatímco se v centrech pracovníci v názorech na tuto potřebu poměrně shodují a řadí ji k potřebám které jsou buď spíše důležité, nebo jen někdy, názory pracovníků domovů jsou rozděleny do čtyř možností odpovědí, jsou tedy neshodné. Nikdo z pracovníků obou typů zařízení si nemyslí, že by tato potřeba neměla pro uživatele žádný význam. U pracovníků domovů se ale určitá část přiklonila k odpovědi nejvíce podstatné (v centrech žádný pracovník), a další poměrně velká část se přiklání k možnostem že je tato potřeba pro uživatele spíše důležitá, nebo jen někdy. Názory pracovníků zařízení mohou být výrazně ovlivněny zájmem uživatelů o tuto potřebu, mohou si případný nezájem vysvětlovat tak, že oblast „učení se“ nemá pro uživatele velký význam. Možné vysvětlení rozdílnosti názorů mezi jednotlivými typy služeb se nabízí právě v rozdílnosti zájmu uživatelů v nich. Názory na tuto potřebu jsou výchozím bodem pro zkoumání náhledu pracovníků obou typů zařízení na edukaci jejich uživatelů. O otázce náboženského a duchovního vyžití uživatelů bylo pojednáno již v rozboru u jednotlivých typů zařízení. Názorová skladba je různorodější u pracovníků domovů, což se při předpokladu požadavku duševní intimity uživatelů v této oblasti dále očekávat. Zatímco uživatelé center mohou ponechat pomoc v této potřebě jen na rodině a blízkých osobách a informovanost na straně pracovníků center může být minimální, uživatelé domovů se mohou některým pracovníkům tohoto zařízení svěřit. Pokud domov zajišťuje podmínky k duchovnímu a náboženskému vyžití, mohou pracovníci získávat informace o důležitosti této potřeby ze zájmu uživatelů. Poslední hodnocenou potřebou je míra nezávislosti na pomoci druhé osoby. Zatímco u pracovníků center panuje v této otázce přibližná názorová shoda, která osciluje mezi hodnocením této potřeby jako nejpodstatnější a proměnlivě podstatné, jsou názory pracovníků domovů v tomto směru různorodé a rozvrstvené do čtyř možností. Přesto i zde převládá v širším rozmezí názor že je tato potřeba pro uživatele důležitá. Dá se říct, že ve stejném rozmezí možností odpovědí pracovníci obou typů služeb shodují na tom že potřeba nezávislosti má u uživatelů své důležité místo buď stabilně nebo v závislosti na okolnostech.

Položka 7 se zabývala názory pracovníků na největší přínos jaký má jejich služba pro uživatele.

Položka byla dotazována formou otevřené otázky, pro možnou různorodost názorů a vyjádření není graficky znázorněna.

V ***Denních centrech služeb pro seniory*** se k této otázce vyjádřilo devět (90%) pracovníků. Na prvním místě figurovala v odpovědích aktivizace uživatelů spojená u některých odpovědí se specifikací, jako pro dobré využití volného času, pro udržení fyzické kondice, rozšiřování všeobecného rozhledu uživatelů, posílení sebevědomí, trénování paměti. Na druhém místě co do četnosti v odpovědích bylo zmíněno udržování a zajišťování sociálních kontaktů a začleňování do kolektivu. Dále byl zmiňován význam podmínek které služba poskytuje pro zabránění vytvoření denního stereotypu, pro nácvik sebeobsluhy, pro psychickou pohodu. Dva pracovníci zmínili význam služby pro rodinné příslušníky uživatelů, kteří pomocí služby získají jistotu zajištěnosti svého příbuzného přes den. Zajímavým zjištěním je, že ani v jednom případě nebylo uvedeno jako největší přínos služby zajištění v základních fyziologických potřebách. Toto zjištění se dá považovat za velmi pozitivní, zdá se že jmenované potřeby jsou pro pracovníky tohoto typu služby automatickou složkou jejich práce ale hlavní přínos spatřují ve vyšších potřebách uživatelů.

Z pracovníků ***Domovů pro seniory*** se k otázce největšího přínosu jejich služby vyjádřilo čtrnáct pracovníků (56%). Téměř ve všech případech byl hlavní přínos služby spatřován v zajištění pomoci, v zajištění potřeb, bezpečí a klidu. Zmíněno bylo i zachování lidské důstojnosti, úcty. Jeden respondent viděl hlavní přínos služby v zajištění životního režimu, sociálních kontaktů, vyvážené stravy a zdravotního dohledu. Náhled jednoho respondenta směřoval k možnosti klidné a důstojné smrti bez bolestí, kterou je prostředí domova schopno poskytnout. Pracovníci domovů tedy spatřují hlavní význam své služby v zajištění takových životních podmínek pro své uživatele, aby mohli žít v klidu, bezpečí, zajištění a důstojnosti. Náhled pracovníků směřuje k představě zázemí, jaké většinou poskytuje dobře fungující přirozené prostředí vlastního domova.

Dílčí srovnání: názory pracovníků zařízení denních center na hlavní přínos jejich služby směřují spíše k vyšším potřebám uživatelů, názory pracovníků domovů se přiklání více k zajištění základních podmínek spokojeného života. Tento rozdíl se dal očekávat, protože uživatelé v centrech by měli mít základní podmínky spokojeného života zajištěny ve své vlastní domácnosti, což pracovníci těchto zařízení zřejmě předpokládají a mohou v zaměření hlavního cíle služby směřovat k vyšším potřebám. Pracovníci domovů naopak základní podmínky spokojeného života svým uživatelům musí

vytvářet, proto je vidí jako základní a hlavní přínos, na kterém se dá následně „stavět dále“. To ovšem nemusí znamenat, že zároveň nezajišťují pro své uživatele podmínky k uplatňování vyšších potřeb.

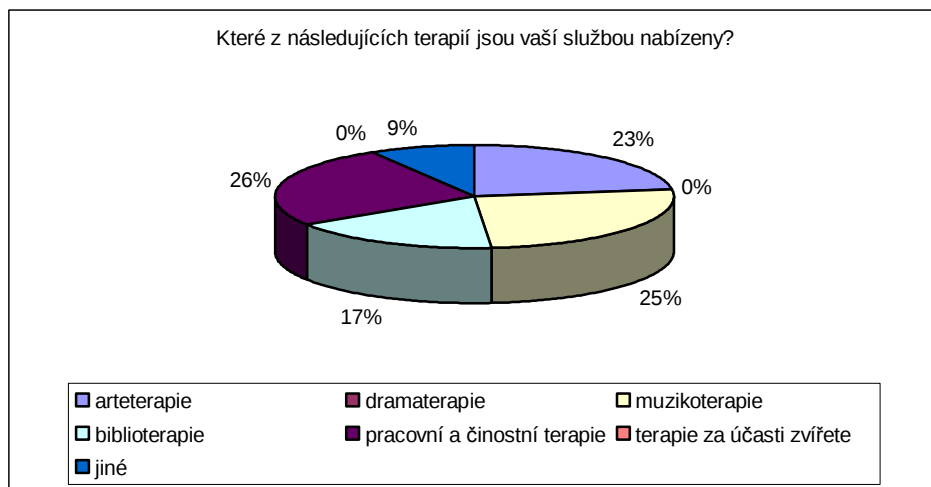
Položka č. 8 je první z položek, která se dotazuje přímo na edukační aktivity a to na *nabídku speciálněpedagogických terapií* ve vybraných zařízeních sociálních služeb. Počet odpovědí v této položce nemusí být shodný s počtem odpovídajících respondentů protože všichni mohou vybírat ze sedmi nabízených odpovědí a mohou jich zvolit libovolný počet. Položka je polouzavřená, jedna z odpovědí zjišťuje je-li zařízením nabízena jiná terapie mimo uvedené v odpovědi. Pokud respondent zvolí tuto možnost, může se zároveň slovně vyjádřit o kterou terapii se jedná. V nabídce odpovědí figurují *arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, biblioterapie, pracovní a činnostní terapie, terapie za účasti zvířete a jiné terapie*.

Na otázku odpověděli všichni (100%) pracovníci ***Denních center služeb pro seniory***.

Bylo získáno celkem 35 odpovědí (100%). Podle zastoupení odpovědí pracovníků center jejich zařízení nabízí tyto terapie : arteterapie 8 odpovědí (23%), dramaterapie 0 odpovědí (0%), muzikoterapie 9 odpovědí (25%), biblioterapie 6 odpovědí (17%), terapie za účasti zvířete 0 odpovědí (0%), pracovní a činnostní terapie 9 odpovědí (26%), jiné terapie 3 odpovědi (9%) (viz graf 9AB). Jako jiné terapie uvedli respondenti reminiscenční terapii. Tito tři respondenti, kteří volbou možnosti jiné terapie dostali zároveň možnost slovního vyjádření uváděli kromě reminiscenční terapie také činnosti které jsou spíše předmětem činností v kroužcích, klubech apod. (keramika, pečení, rozhovory). Podle mínění pracovníků je nejvíce nabízena pracovní a činnostní terapie, muzikoterapie, arteterapie a biblioterapie.

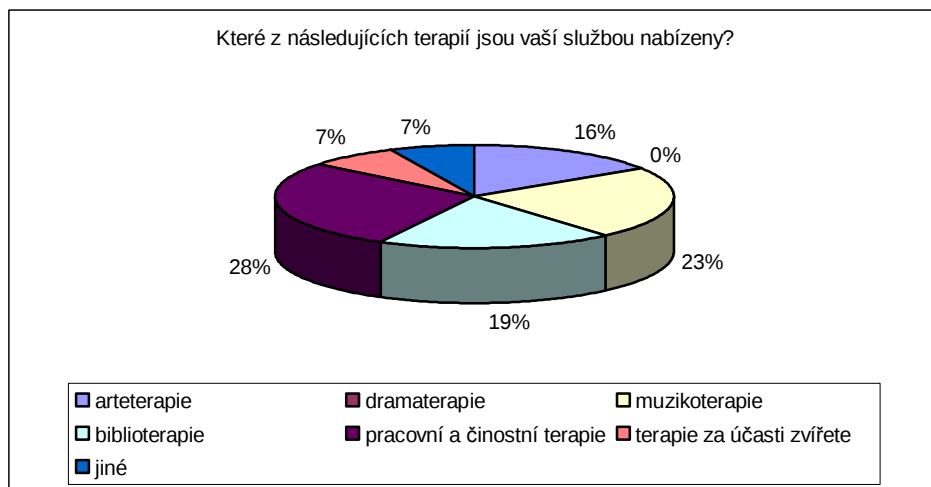
Podle analýzy dokumentů o zařízeních bylo zjištěno, že žádné zařízení nezaměstnává speciálního pedagoga. Přesto, že zařízení center řeší nabídku některých aktivizačních činností pro své uživatele externími spolupracovníky se můžeme domnívat, že u uvedených terapií nemusí jít o terapie se speciálněpedagogickým přístupem, ale o činnosti s přístupem spíše rehabilitačně- výchovným.

Graf 9AB



V **Domovech pro seniory** odpověděli na tuto otázku také všichni pracovníci (100%). Počet získaných odpovědí je 59 (100%). Podle názorů pracovníků jsou v zařízeních nabízeny uživatelům terapie s tímto zastoupením v odpovědích: arteterapie 9 odpovědí (16%), muzikoterapie 13 odpovědí (23%), biblioterapie 11 odpovědí (19%), pracovní a činnostní terapie 16 odpovědí (28%), terapie za účasti zvířete 4 odpovědi (7%), jiné terapie 4 odpovědi (7%) (viz graf 9CD). Jako jiné terapie uvádí tři pracovníci trénink paměti a jeden pracovník ergoterapii. I v zařízeních domovů můžeme předpokládat stejnou alternativu jako u zařízení center, že se v náhledu pracovníků na terapie nejedná o speciálněpedagogický přístup. Podmínky možného poskytování platí u domovů stejné jako u center, z analýzy dokumentů nebyl zjištěn žádný zaměstnaný pracovník se speciálněpedagogickou specializací. Přesto tvrzení že zařízení neposkytuje speciálněpedagogické terapie nemůžeme považovat za jednoznačné, neboť aktivita může být poskytována i externím spolupracovníkem, tak jako u zařízení center.

Graf 9CD

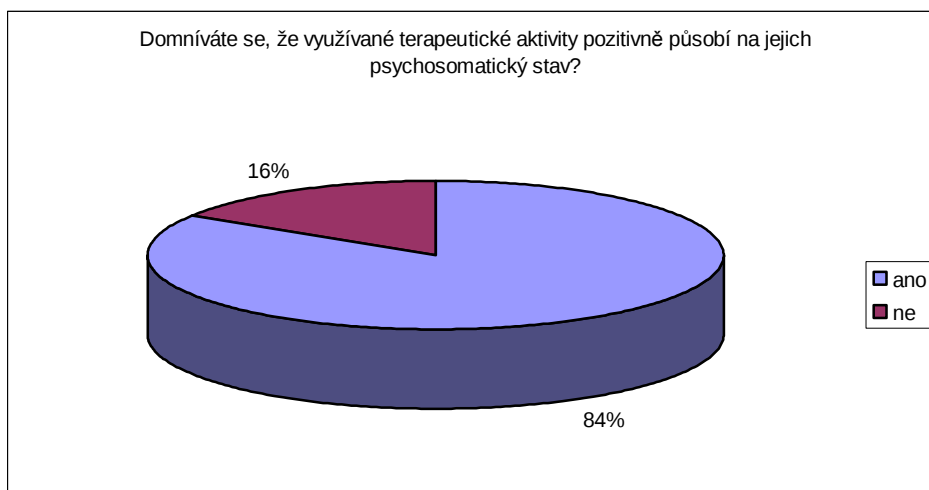


Položka č. 10 se zabývá tím, jestli mají terapeutické aktivity do kterých se uživatelé služby zapojili pozitivní vliv na jejich psychosomatický stav. Zjištění se týká názoru pracovníků zařízení na tuto otázku.

V zařízeních **Denních center služeb pro seniory** na tuto otázku odpovědělo deset pracovníků(100%) kladně (viz graf 10AB).V zařízeních **Domovů pro seniory** odpovědělo jednadvacet respondentů (84%) kladně a čtyři respondenti (16%) záporně, (viz graf 10CD). Možný zdroj rozdílu může vycházet z předpokladu, že v domovech odpovídali respondenti, kteří nejsou o terapiích nijak informováni a do styku s uživateli, zapojenými do terapií přijdou příliš málo na to, aby mohli účinek terapií vůbec zhodnotit. V úvahu však přichází i možnost že pracovníci, kteří odpověděli záporně skutečně žádný pozitivní posun v psychosomatickém stavu uživatelů nevidí.

Graf 10AB , Graf 10CD





Položka č.10 Úkolem této položky je zjistit o kterou z terapií nabízenou zařízením služby jeví uživatelé největší zájem. Jedná se o otevřenou otázku ze které se dá současně zjistit, jestli nepovažují pracovníci za terapie činnosti, které patří k jinému druhu aktivit. Pracovníci **Denních center služeb pro seniory** uváděli jako nejžádanější terapie muzikoterapii, arteterapii a biblioterapii. V menším počtu byla zastoupena pracovní a činnostní terapie a reminiscenční terapie. V odpovědích byly uváděny i činnosti, které zjevně terapiemi ve speciálněpedagogickém pojetí nejsou, jako LTV, ergoterapie, pečení, keramika, rozhovory.

Pracovníci **Domovů pro seniory** uváděli nejčastěji jako terapii s o kterou jeví uživatelé největší zájem muzikoterapii. Podle mínění respondentů mají uživatelé velký zájem také o pracovní terapii. Tak jako v případě center, obsahovaly odpovědi na otázku nejpožadovanější terapie činnosti, které se za terapie považovat nedají. Např. nejčastěji uváděný trénink paměti, dechová cvičení, ergoterapii, rehabilitaci, pečení a výlety.

Dílčí srovnání: zahrnuje blok otázek týkajících se pohledů pracovníků na terapie , které jsou uživateli jejich zařízení využívány. Pracovníci obou typů zařízení služeb se v počtu odpovědí nejvíce zmiňovali o nabízené muzikoterapii a pracovní a činnostní terapii, podobně u domovů i center zaujala další místa v počtu odpovědí arteterapie a biblioterapie. Na rozdíl od center byla v domovech několika pracovníky uvedena i terapie za účasti zvířete. Rozdíl v nabídce této terapie může být způsoben rozdílným prostředím, jaké poskytuje domov a centrum a jeho vhodností pro realizaci této terapie , nebo tím, že v centrech je umístěno poměrně méně uživatelů než v domovech a terapie za účasti zvířete není do nabídky center zahrnuta pro obavy ze zájmu malého počtu uživatelů. Další možností zdroje rozdílu je, že financování specializovaného terapeuta

s tímto zaměřením by bylo pro zařízení center příliš náročné. Zajímavý poznatek poskytují odpovědi pracovníků, kteří zvolili možnost „jiné“ terapie a slovně se vyjadřovali, o jaké terapie jde. Z odpovědí pracovníků obou typů zařízení vyplynulo, že považují za terapie i činnosti, které se k této aktivitě neřadí. Totéž pak bylo možno zjistit u odpovědí pracovníků na otázku, o které terapie jeví jejich uživatelé největší zájem. Kromě některých skutečně speciálněpedagogických terapeutických přístupů opět jmenovali pracovníci obou typů zařízení i jiné činnosti. V tomto ohledu nebyl zjištěn mezi typy zařízení služeb rozdíl. Příčin záměny terapií s ostatními činnostmi může být několik. Např.: pracovníci kteří takto odpovídali nemusí být informováni o tom, co je podstatou speciálněpedagogické terapie a za jakých podmínek se realizuje, takže se potom v odpovědích drží pouze podobnosti náplně uvedené činnosti s názvem terapie, v nabízených a pracovníky zmíněných činnostech se mohou vyskytovat prvky terapeutických přístupů, což může pracovníky vést k názoru že jde o danou terapii, pracovníci shledávají na uživateli zapojených do činností určité terapeutické (léčebné) účinky, proto se mohou domnívat že jde o terapii která byla dotazována apod. K odstranění „omylu“ v náhledu na náplň a zaměření speciálněpedagogických terapeutických přístupů se nabízí některá řešení jako např. proškolení pracovníků v rámci celoživotního vzdělávání o terapeutických přístupech v pojetí speciální pedagogiky, nebo zařazení speciálního pedagoga – specialisty v některé z terapií (o kterou terapii by šlo v první řadě lze zjistit ze zájmu uživatelů) na smlouvenou velikost pracovního úvazku nebo externě, apod.

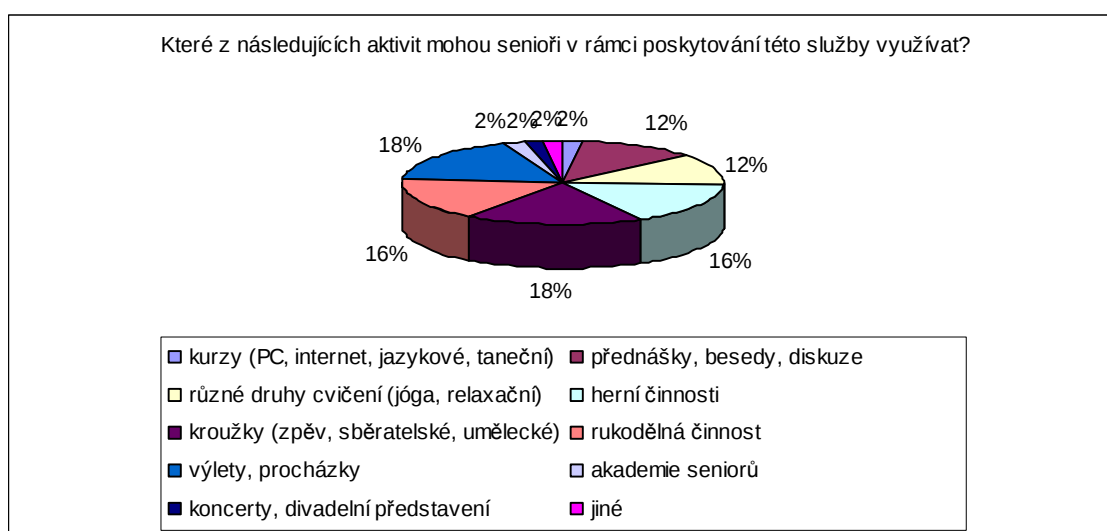
Výrazný rozdíl v odpovědích pracovníků center a domovů se nejvíce v otázce přínosu terapií na psychosomatický stav uživatelů. Většina všech pracovníků se k této otázce staví kladně, což znamená, že buď pozitivní účinky terapií skutečně znají, nebo ví o tom, že by terapie měly pozitivně působit.

Položka č. 11 je první položkou z dalšího bloku otázek, které se budou týkat edukačních aktivit, z nichž některé mají charakter spíše zájmový (*výlety a procházky, koncerty a divadelní představení, herní činnosti, různé druhy cvičení, rukodělná činnost kroužky*), jiné vzdělávací (*akademie seniorů, přednášky, besedy a diskuze, kurzy*). Otázka této položky se ptá, *které aktivity mohou senioři v rámci poskytování dané služby využívat*. V polouzavřené otázce je nabídnuto devět odpovědí na konkrétní formu aktivity, desátá odpověď nabízí možnost vyjmenovat ještě další neuvedené aktivity, které jsou zařízením nabízeny. Respondenti opět mohli vybrat libovolný počet

odpovědí, takže celkový počet odpovědí se nemusí shodovat s počtem respondentů, kteří na otázku odpověděli.

Od pracovníků **Denních center služeb pro seniory** bylo získáno celkem 50 odpovědí (100%), kterými vybírali aktivity podle jejich názoru nabízené zařízením v němž pracují. Na otázku odpovědělo deset respondentů (100%). Nejčastěji, shodným počtem devíti odpovědí (18%) byly uváděny výlety, procházky zároveň s kroužky. Druhou dvojicí se shodným počtem osmi odpovědí (16%) se stala rukodělná činnost a herní činnost. Třetí shodu šesti odpovědí (12%) měly přednášky, besedy a diskuze zároveň s různými druhy cvičení. Kurzy, akademie seniorů a divadelní představení s koncerty byly uvedeny vždy jen v jedné odpovědi. Taktéž v jedné odpovědi (2%) byla vybrána varianta „jiné“ s uvedením účastí a prezentací na výstavách prací seniorů v dané službě. (viz graf 11AB). Pracovníci center uváděli jako službou nabízené, aktivity v celém rozsahu možností, které jim otázka dávala. Vícekrát vybrané aktivity patří spíše do oblasti aktivit zájmových, vzdělávací aktivity však zcela opomenuty nejsou. Zde je na místě připomenout, že pracovníci center uváděli určité procento uživatelů jejich služby, kteří udržují sociální kontakty v aktivitách organizovaných jinými subjekty, mimo jejich zařízení. Ve spojení s tímto názorem se můžeme domnívat, že některé vzdělávací aktivity si uživatelé mohou zajistit jiným způsobem.

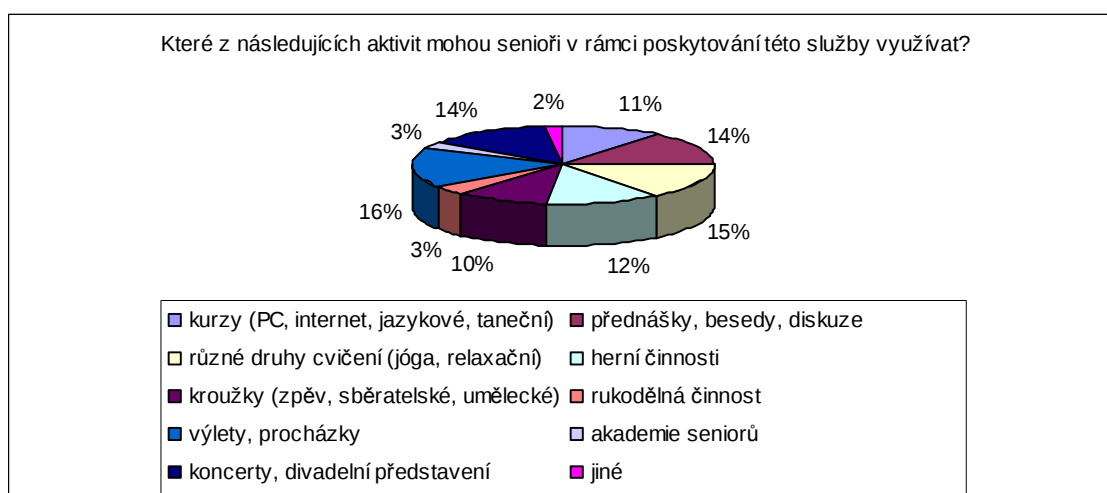
Graf 11AB



Pracovníci **Domovů pro seniory** odpovídající v plném počtu (100%) poskytli celkem 147 odpovědí (100%). Z toho nejvíc, čtyřicet odpovědí (16%) uvádělo výlety a procházky, v počtu odpovědí následovaly různé druhy cvičení dvacet odpovědí

(15%), shodně ve dvaceti odpovědích (14%) byly uvedeny jednak koncerty a divadelní představení, jednak přednášky, besedy a diskuze . Dále potom u šestnácti odpovědí (11%) označili pracovníci kurzy, u patnácti odpovědí (10%) kroužky mezi méně zmiňované patří rukodělná činnost zmíněná v pěti odpovědích (3%) a akademie seniorů ve čtyřech odpovědích (3%). Třikrát (2%) byla vybrána odpověď jiné, s uvedením promítání filmů (viz graf 11CD). I pracovníci domovů odpovídali tak, že odpovědi zabírají všechny, v otázce předem definované aktivity. Jako u pracovníků center i zde jsou zmiňovány aktivity zájmového charakteru ve větším počtu než je tomu u aktivit vzdělávacích. O pohybu uživatelů domovů v aktivitách organizovaných jiným subjektem platí podle názoru pracovníků domovů na sociální kontakty totéž, co u výše uvedených center.

Graf 11CD



Jak v domovech, tak v centrech se pracovníci v názoru na jimi poskytovanou aktivitu shodují jen u některých z nich. Příčin, proč některou z aktivit uvádí téměř všichni pracovníci a některou jen velmi málo může být víc. U aktivit s větší frekvencí odpovědí se dá např.předpokládat že jsou do programů zařazovány stabilně, takže pracovníci o nich mají větší povědomí než o málokdy nabízené aktivitě, pracovníci kteří jsou v zařízení kratší dobu nemuseli být svědky toho, že aktivita bývá v zařízení nabízena. Další možnou příčinou je zájem uživatelů o aktivitu, málo využívané aktivity mohli někteří pracovníci jednoduše opomenout uvést. Záleží pochopitelně i na tom , jaký osobní vztah ke té které aktivitě mají samotní pracovníci. Aktivitám, kterých by se sami neúčastnili, nemusí věnovat patřičnou pozornost apod..

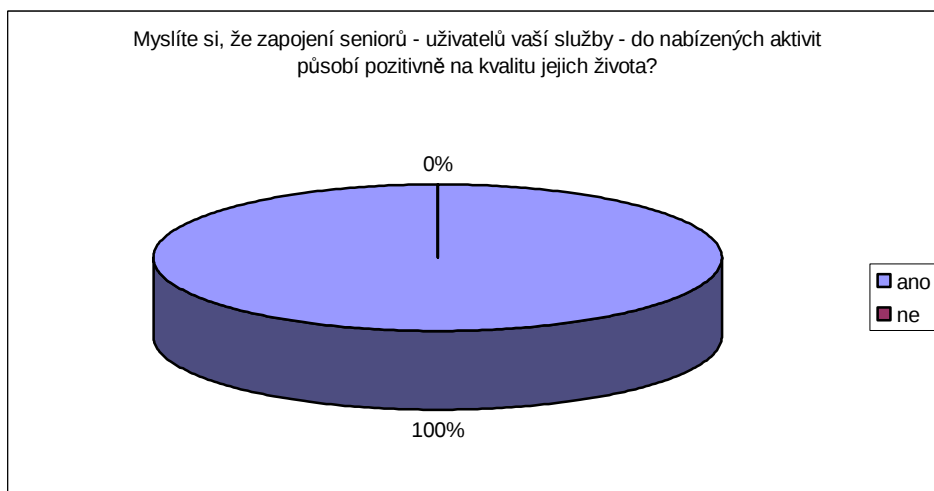
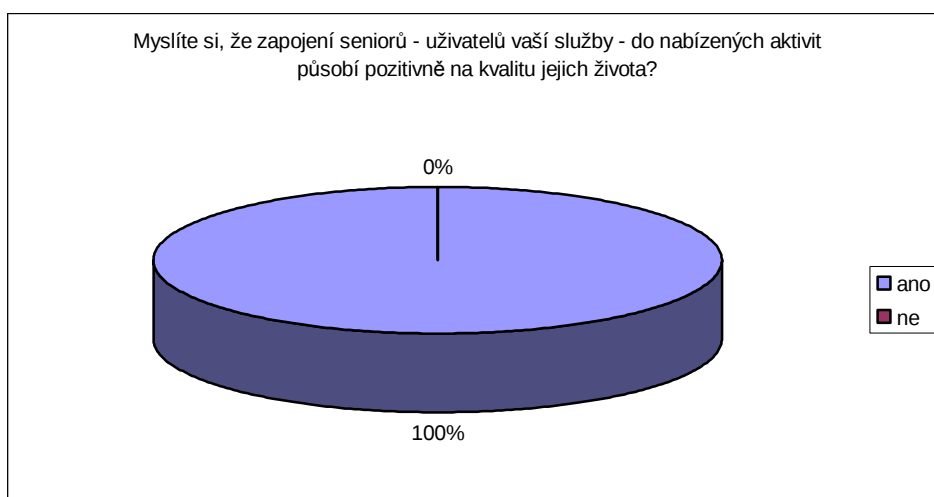
Položka č. 12

Další otázka tohoto bloku šetří názor pracovníků na to, *jestli zapojení uživatelů do nabízených aktivit působí pozitivně na kvalitu jejich života.*

Na otázku odpověděli všichni pracovníci jak **Denních center pro seniory**, tak **Domovů pro seniory** kladně (100%), (100%) (viz grafy 12AB, 12CD).

Odpověď na tuto otázku má velký význam, i v případě její záporné hodnoty by byl totiž fakt že pracovník na otázku vůbec odpověděl signálem toho, že si zmíněné aktivity dává hlavně do souvislosti s uživatelem, ne jen s náplní své pracovní doby. Kladný postoj k pozitivnímu přínosu aktivit na kvalitu života uživatelů je potom známkou toho, že pracovníci v těchto činnostech nevidí pouhé „zabíjení volného času“ uživatelů ale skutečně smysluplnou náplň života.

Graf 12AB, Graf 12CD



Položka č. 13

Otázka na *nejvíce využívané aktivity* ve vybraných zařízeních sociálních služeb byla otevřená, respondenti se k ní vyjadřovali tak, že vypsali aktivity, o které podle jejich mínění mají uživatelé největší zájem. Tento typ otázky zde byl zvolen záměrně, dával možnost pracovníkům, kteří původně nevybrali některou z aktivit které jsou zařízením nabízeny uvést ji v souvislosti se zájmem uživatelů.

V ***Denních centrech služeb*** odpovědělo devět pracovníků (90%) z deseti. Jak se dalo předpokládat, někteří pracovníci opakovali aktivity, které předtím zařadili mezi terapie. Jako uživateli nejvíce využívanou aktivitu uvedl větší počet pracovníků dílny-rukodělnou činnost, k této aktivitě můžeme přiřadit i často zmiňovanou aktivitu konkretizující rukodělnou činnost jako je pečení, keramika, práce s textilem a jinými materiály. Dá se předpokládat, že do pomoci uživatelům s těmito aktivitami je v zařízeních zapojen největší počet pracovníků. Vedení a pomoc při realizaci těchto činností nevyžaduje většinou odbornou specializaci, vyžaduje ze strany pracovníka empatický přístup k uživateli, trpělivost, a určitou zručnost ve společně vykonávané činnosti. Také vybavení v zařízeních, které tvoří technické zázemí těchto aktivit, bývá bez problémů pořizováno s ohledem na zájem a počet uživatelů, kteří se na činnosti podílí. Významným faktorem, který stojí za vyšším zájmem o tuto aktivitu je určitě i to, že ve skladbě uživatelů převažují ženy, které k této aktivitě tíhnou více než muži. Další často zmiňovanou aktivitou mezi nejvíce využívanými jsou pohybové aktivity jako procházky a cvičení. O velkém využití těchto aktivit promítnutém do odpovědí pracovníků se dá předpokládat, že jsou součástí režimu dne v zařízení a směřují k udržování fyzické kondice, že tyto pohybové aktivity uživatelé „přirozeně potřebují“ k relaxaci mezi jinými činnostmi. Poměrně stejný, podle počtu odpovědí, je pohled pracovníků na využití kroužků (dominuje pěvecký), besed, přednášek a diskuzí a herní činnosti. Tyto aktivity nejsou zmiňovány tak často jako předchozí, ale počet odpovědí v náhledu na ně, jako nejvíce využívané není zanedbatelný. Mezi nejvíce využívanými aktivitami byla dvakrát zmíněna i LTV, která může náležet i do oblast zdravotně-rehabilitační péče a nemusí být edukační aktivitou. V centrech se mezi nejvyužívanějšími aktivitami neobjevily v odpovědích pracovníků například koncerty, divadelní představení a kurzy. U prvních dvou jmenovaných aktivit se lze domnívat, že mohou být zajištěny s pomocí rodiny nebo blízkých osob, se kterými tráví uživatelé center zbytek dne. Podle analýzy dokumentů bylo u center zjištěno, že organizace části

aktivit je zajišťována externími spolupracovníky. Respondenti mohou mít o zájmu o tyto aktivity málo informací.

V **Domovech pro seniory** se k otázce vyjádřilo devatenáct pracovníků (76%). Velmi výrazně převažují odpovědi pracovníků ukazující na jako nejvyužívanější aktivitu – cvičení. V daleko menší míře ale jsou uváděny další pohybové aktivity a to procházky a výlety. Podobně, co do počtu určení aktivity jako nejvíce využívané, jsou na tom kroužky (hlavně zpěvu), besedy a koncerty. Z méně zmiňovaných aktivit „vedou“ rukodělné činnosti, následuje promítání filmů cvičení paměti. Jeden pracovník se k otázce vyjádřil tak, že nemůže určit nejvíce využívanou aktivitu. Podle mínění pracovníků jsou nejvíce využívanými aktivitami takové, u kterých je možné zapojení poměrně velké skupiny uživatelů najednou. Příčin může být několik, např. že pracovníci si této aktivity kterou uživatelé provádí snáz všimnou – cvičení, zpěv- větší zapojení percepčního vnímání pracovníků než u méně „nápadných“ aktivit, výlety, procházky, koncerty, besedy musí být pracovníky zorganizovány. Nejjednodušší příčinu můžeme pochopitelně spatřovat v tom že názor pracovníků koresponduje se skutečným stavem věci, který může být podmíněn vybaveností a prostorovými možnostmi v zařízeních a strukturou profesních zaměření pracovníků.

Položka č. 14 se dotazuje, jestli *senioři vyjadřují zájem o aktivity, které momentálně zařízení nenabízí*. Otázka je dichotomická, s možností doplnění v případě kladné odpovědi, o které aktivity ještě uživatelé zařízení projevují zájem.

V zařízeních **Denních center služeb** Odpovědělo všech deset pracovníků (100%), devět (90%) z nich odpovědělo záporně, to znamená jejich domněnku, že uživatelé zájem o žádné další aktivity které by mohly být zařízením nabízeny nemají. Jeden pracovník (10%) zvolil kladnou odpověď s upřesněním, že uživatelé mají zájem vždy o ty aktivity, které zrovna zařízení nenabízí a pokud je nabídne „mají zájem o ty původní“ (viz graf 13AB). Téměř úplná shoda názorů pracovníků, že uživatelé nejeví zájem o jiné aktivity může signalizovat, že buď je nabídka aktivit v zařízení pro uživatele opravdu vyčerpávající, proto žádné další nepožadují, že o existenci dalších možností neví, že některé aktivity provozují ve svém přirozeném prostředí a proto je nepožadují v zařízeních, nebo že mají obavy svůj zájem vyjádřit (bojí se, že by se vyjádřili špatně, odmítnutí, nebo že je aktivita nakonec bude zajímat méně než předpokládali a budou v ní setrvávat jen proto, že ji původně zvolili) a další. Na straně pracovníků se jeví jako možná příčina nezájmu uživatelů o jiné aktivity fakt, že jsou pracovníci i tak dost zaneprázdněni aktuálně realizovanými aktivitami, takže se dalším zájmem uživatelů

příliš nezabývají. Tuto domněnku mírně vyvrací kladná odpověď jednoho pracovníka, která dokazuje, že se pracovníci uživatelů na další zájem ptají, jinak by nezjistil to, co v odpovědi uvádí.

V **Domovech pro seniory** odpovědělo pětadvacet pracovníků (100%), z toho dvaadvacet (88%) záporně a tři (12%) kladně (viz graf 13CD). V upřesnění kladných odpovědí byla dvakrát uvedena jako další požadovaná aktivita rehabilitace. V tomto případě pracovníci nahlíží na požadovanou činnost špatně jako na aktivitu, protože s největší pravděpodobností se v požadavcích uživatelů bude jednat o rehabilitaci léčebnou, která je i v zařízeních sociálních služeb předmětem zdravotní péče, jednalo by se tedy o další službu nabízenou zařízením, ne o další aktivitu. Jeden pracovník upřesnil svou kladnou odpověď vyjádřením, že uživatelé požadují častější výlety, což je otázka kvantifikace nabízené aktivity, nejde zde o aktivitu jinou než nabízenou. Procentuální zastoupení kladných a záporných odpovědí je u pracovníků center a domovů velmi podobné, proto i zde platí ohledně příčin tohoto stavu co bylo zmíněno výše, při zdůvodnění výsledku v centrech .

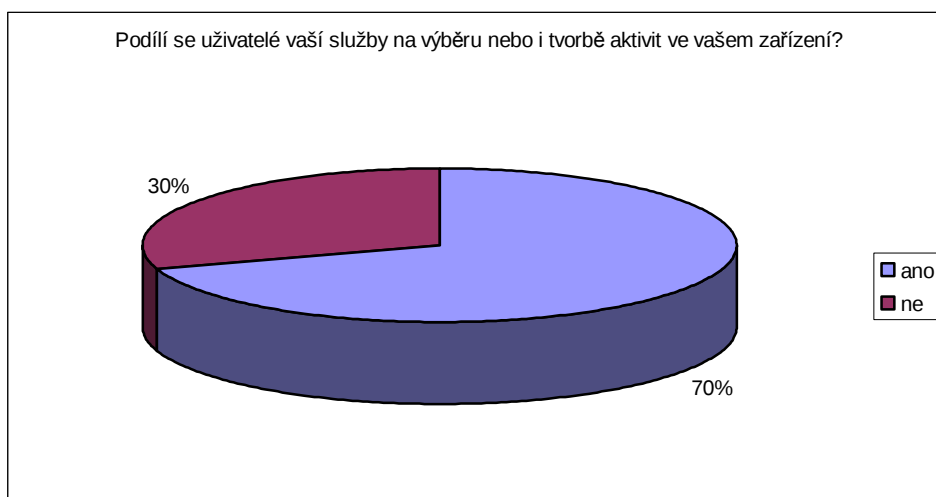
Grafy 13AB, 13CD



Položka č. 15 je poslední z otázek šetření v bloku zaměřeném na edukační aktivity ve vybraných zařízeních. zabývá se názorem pracovníků na *zapojení uživatelů jejich služby do výběru aktivit, které mají být nabízeny a do jejich tvorby*. Otázka směřuje ke zjištění, jaký postoj zaujímají pracovníci k postavení seniora v procesu realizace aktivit.

V této otázce byly získány odpovědi od všech deseti (100%) pracovníků **Denních center služeb**. Sedm pracovníků (70 %) zastává názor, že se uživatelé do výběru a tvorby aktivit zapojují, tři pracovníci (30%) míní, že uživatelé zapojeni nejsou (viz graf 14AB). Většina pracovníků si tedy myslí, že uživatelé jsou aktivními tvůrci nabídky v zařízení. Toto zjištění je velmi povzbudivé zvláště když zvážíme možnosti, které pracovníci v zařízeních mají (některé aktivity jsou zajišťovány externě, což domluvu o výběru a tvorbě poněkud ztěžuje, pracovníků v zařízeních skutečně není mnoho, což může způsobovat časový nedostatek apod.). Důvod zapojení uživatelů můžeme ovšem hledat i v nich samotných, stojí o aktivity smysluplné a přínosné, které si sami vyberou. Je možné, že tento aktivní přístup je pravým důvodem toho že další aktivity nepožadují, že jimi vybraná nabídka aktivit je dost široká a smysluplná takže aktivity střídají a nemají zájem o další. V zařízeních se potom může vyskytnout pouze malý počet uživatelů kteří o výběr a tvorbu aktivit zájem nemají a v souvislosti se strukturou uživatelů co do stanoveného stupně závislosti na druhé osobě (z analýzy dokumentů) je možné nezájem předpokládat u uživatelů s vysokým stupněm závislosti.

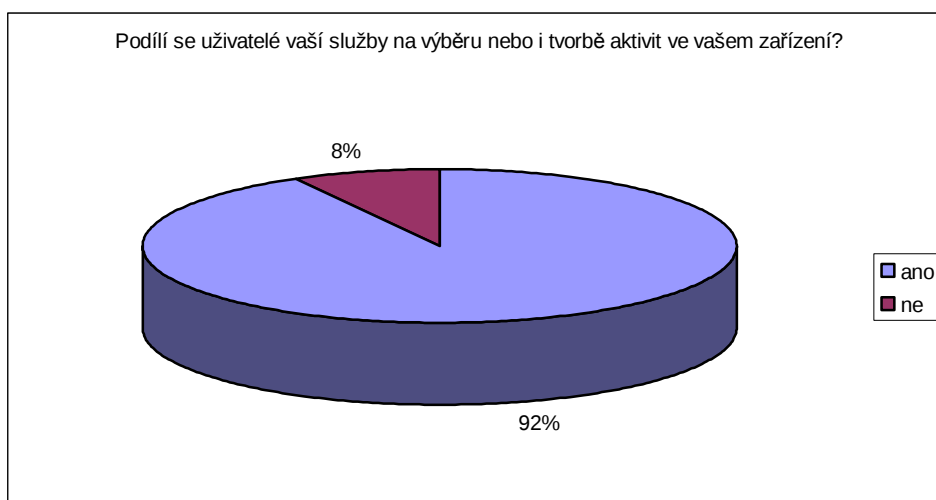
Graf 14AB



Pracovníci **Domovů pro seniory** odpovídali takto: odpověděli všichni pracovníci (100%), třiatdvacet pracovníků (92%) hodnotilo uživatele jako zapojené do tvorby a

výběru aktivit, dva pracovníci (8%) zapojení uživatelů nepozorovali (viz graf 14CD). Pro tato zařízení platí totéž, co bylo řečeno u center. S přihlédnutím na vysokou věkovou hranici, ve které se pohybuje dost velká část uživatelů těchto zařízení se dá říct, že je přístup pracovníků v tomto směru velmi dobrý a že ponechání prostoru pro rozhodování uživatelů svědčí o tom, že pracovníci plnění potřeby samostatného rozhodování neslučují s věkem uživatelů

Graf 14CD



Dílčí srovnání bylo opět ponecháno až na konec celého bloku otázek k tomuto tématu, protože spolu úzce souvisí.

Z otázek na aktivity, které jsou zařízeními nabízeny se dalo vyšetřit, že v nabídce půjde u obou typů zařízení přibližně o stejné aktivity a to jednak z toho, že u možnosti „jiné“ se u obou typů zařízení vyskytovalo málo odpovědí, dá se tedy předpokládat, že jiné (odlišné) aktivity nejsou realizovány vůbec, nebo jen velmi málo, jednak z toho, že pracovníci v domovech i v centrech rozdělili své odpovědi po celé škále možností které byly otázkou dány, vynechána nebyla v celkovém součtu odpovědí respondentů v každém typu služby ani jedna možnost. Situace nabídky aktivit bude u jednotlivých typů služeb zřejmě podobná. Velmi podobný je i náhled pracovníků na aktivity, které jsou uživateli požadovány a které zařízení nenabízí. Většina odpovědí u obou typů služeb vyjadřovala nezájem o další aktivity, souhlasné odpovědi byly rozebrány výše. Taktéž shoda mezi pracovníky domovů a zařízení panuje v náhledu zapojení uživatelů do tvorby a výběru aktivit, což je hodnoceno jako velmi pozitivní jev.

Pracovníci domovů i center se shodovali i v otázce přínosu edukačních aktivit pro kvalitu života seniorů – uživatelů jejich služeb. V obou typech služeb se přikláněli k tomu, že aktivity mají na kvalitu života pozitivní vliv, což je velmi kladné, protože přístup k přínosu aktivizačních činností jak na něj nahlíží poskytovatelé těchto činností je základní platformou pro samotnou práci a její kvalitu.

Rozdíly můžeme zjistit u odpovědí na otázku výběru aktivit uživateli nejvíce využívaných. Zatímco v domovech se podle názoru pracovníků jeví jako nejžádanější ty aktivity, do kterých se může zapojit větší skupina seniorů, tedy takové které mohou uživatelé v co největším počtu vykonávat nebo se jich účastnit společně (cvičení, kroužek zpěvu, výlety, besedy, koncerty), má zájem uživatelů center tendenci tíhnout spíše ke „komornějšímu“ způsobu aktivit (rukodělná činnost), pohybové aktivity o které je největší zájem z pohledu pracovníků se týkají vycházek a výletů. Zde lze předpokládat zapojení větších skupin, což vyplývá z organizace dne v zařízení, ve kterém jsou tyto společné aktivity předem dány. Rozdíl ve volbě nejvyužívanější aktivity může být způsoben působením některých faktorů, např. tím že povaha bydlení seniorů v domovech má přibližně komunitní charakter, takže i výběr a účast na aktivitách je spíše společnou záležitostí, zatímco z povahy bydlení seniorů – uživatelů služeb center vyplývá možnost, že dají přednost individuálnímu rozhodování, jak jsou na něj zvyklí z domu. Dalším faktorem může být počet uživatelů v jednotlivých zařízeních, tam kde není uživatelů mnoho se nedá očekávat vytvoření větších skupin. Nezanedbatelné jsou i možnosti technického zázemí pro určité aktivity (vybavenost) a prostorové možnosti (např. v malé budově centra může být dost těžko zřízena velká tělocvična). Frekvence výběru aktivity bude určitě záležet i na struktuře pracovníků v zařízeních služeb a na tom jak jsou schopni seniory k aktivitě motivovat. V neposlední řadě se na malém či velkém využívání aktivity podílí i mentalita, schopnosti a kompetence, fyzická zdatnost a zdravotní stav uživatelů služby.

Položka č. 16 odpovědi na tuto položku sloužili pro možné porovnání názorů pracovníků jednotlivých typů služeb podle *profesního zaměření*.

Ke srovnání nemohlo dojít, neboť složení pracovníků je u ***Denních center pro seniory*** i ***Domovů pro seniory*** v podstatě stejné a to s téměř úplným zastoupením pracovníků v sociálních službách a to bez uvedení specializace. Je možné zmínit jen to, že v domovech je zaměstnána co do celkového počtu pracovníků zanedbatelná část zdravotních pracovníků a dílčí rozdíly v jejich odpovědích se týkaly jen specifikace některých nabízených nebo využívaných aktivit. Zdravotní pracovníci měli v tomto

směru tendenci začleňovat do edukačních aktivit takové, které mají spíše zdravotně-rehabilitační charakter. Jako sociální pracovník je potom zaměstnán v zařízení většinou jen pracovník vedoucí.

Položka č. 17 sloužila pouze pro účely identifikace respondenta, resp. ve kterém zařízení byl dotazník vyplněn.

7.5. Zhodnocení a závěr

Dotazníkové šetření této práce bylo zaměřeno především na stanovení souvislostí a rozdílů v náhledu pracovníků ve vybraných typech zařízení tj. Denních centrech pro seniory a Domovech pro seniory na edukaci seniorů, uživatelů jejich služeb. Na počátku se šetření zaměřilo na obecné okruhy, které se týkají stáří a stárnutí v souvislosti s uživateli vybraných typů služeb. Úkolem této fáze šetření bylo zjistit jak hodnotí pracovníci funkční schopnosti uživatelů, jak nahlíží na jejich adaptaci na stáří. Pracovníci zde také hodnotili smysl přípravy na stáří a možnosti uchování některých funkčních schopností do vysokého věku. V této fázi šetření byl u pracovníků vybraných zařízení zjištěn kladný přístup k seniorům - uživatelům služeb a znalost problematiky stáří a stárnutí. V hodnocení a názorech se pracovníci center a domovů rozcházel jen minimálně a to v náhledu na rozsah pomoci v oblasti fyziologických potřeb, pro které byla orientačně zvolena pomoc s osobní hygienou. U pracovníků domovů byla tato pomoc uváděna ve větším rozsahu jak u pracovníků center. Tento rozdíl může pramenit z toho, že rozsah požadované pomoci uživatelů v centrech může být v rámci služby menší, neboť si část této potřeby zajišťují v domácím prostředí za pomoci rodiny. Rozdíl se projevil i v hodnocení úrovně kognitivních funkcí, orientačně paměti. Pracovníci domovů uváděli výraznější změny paměti u většího procenta uživatelů než pracovníci center. Je možné, že původ tohoto rozdílného hodnocení spočívá v podstatě organizace práce zaměstnanců dvou různých typů služeb, kdy pracovníci center bývají ve styku s uživateli po větších časových celcích než pracovníci domovů a mohou tak lépe rozlišit percepční změny a pouhé nedostatky ve vědomostech od změn paměti. V náhledu na adaptaci, tj. jaký přístup mají uživatelé služeb k vlastnímu stáří byl zjištěn u pracovníků jednotlivých typů zařízení rozdíl. Názor pracovníků domovů se přiklání více k tomu, že většina uživatelů této služby má s adaptací ve stáří nějaké potíže. Tento náhled však může být zkreslen i tím, že u seniorů v domovech dochází ke dvojím adaptačním mechanismům, jednak adaptaci ve stáří a také adaptaci na pobyt v zařízení.

V hodnocení smyslu přípravy se výpovědi také mírně rozcházeły, pracovníci domovů předpokládali kladný přínos takové přípravy v menším počtu než pracovníci center, v celku se dá ale říct, že ke smyslu přípravy na stáří se stavěli pozitivně téměř všichni, že tedy o efektu této přípravy mají povědomí. S otázkou adaptace a přípravy potom souvisela i otázka na to, jak se pracovníci dívají na možnost uchování vytypovaných funkčních schopností do vysokého věku. názory pracovníků obou typů zařízení se v tomto bodě téměř shodovaly a většinou vyjadřovaly domněnku, že se tyto schopnosti až do vysokého věku udržet dají. Možná příčina této vysoké shody a kladného hodnocení je reflexe úspěchů práce a snahy pracovníků právě o udržení funkčního potenciálu seniorů, kteří užívají jejich služby. dalším celkem šetření je oblast potřeb seniorů, uživatelů vybraných služeb. Snahou této části bylo zjistit pomocí odpovědí pracovníků jejich náhled na důležitost potřeb seniorů a to jakou váhu mají u uživatelů jejich služeb. Hodnocení odpovědí a srovnání u jednotlivých potřeb bylo uvedeno v dílčím srovnání u položky 6. Názory u otázek na finanční situaci, vazba a vztahy s rodinou a blízkými osobami byly poměrně shodné, u ostatních potřeb se více či méně rozcházeły. Pomoc při zajišťování potřeb může poskytovat sociální služba. Přínos vybrané sociální služby pro její uživatele byl jednou z otázek pro pracovníky zařízení, která zkoumala jaký názor na tento přínos mají. Bylo zjištěno že v přínosu služby center se názor pracovníků přiklání spíše k zajišťování vyšších potřeb jejich uživatelů, zatímco pracovníci domovů viděli největší přínos jejich služby převážně v zajištění základních podmínek spokojeného života. Další bloky otázek směřovaly k edukačním aktivitám které jsou ve vybraných zařízeních poskytovány. Pracovníci byli nejprve dotazováni na speciálněpedagogické terapie a to které se v jejich zařízení realizují, co si myslí o vlivu terapií na jejich uživatele, jaký názor mají na zájem uživatelů o terapie. šetřením bylo zjištěno, že s největší pravděpodobností dochází v náhledu pracovníků k záměně terapií ve speciálněpedagogickém pojetí s činnostmi, které do této skupiny aktivit nepatří. K tomuto druhu aktivit ale zaujímají pracovníci vesměs kladný postoj a shodují se v názoru, že pro uživatele jejich služeb mají pozitivní přínos. Podrobněji jsou otázky i se zdůvodněním a možnostmi řešení nesrovnalostí rozebrány v dílčím srovnání.

Posledním blokem otázek byly ty, které se zaměřovaly na názor pracovníků, jaký mají na ostatní edukační aktivity většinou zájmového nebo vzdělávacího charakteru. Pracovníci jednotlivých typů sociálních služeb se shodovali na pozitivním přínosu těchto aktivit pro jejich uživatele, a zároveň také na tom, že se uživatelé na výběru a tvorbě aktivit podílí. Tyto dvě shody a kladná hodnocení se dají považovat za

stěžejní. Jsou základem pro smysluplnost a kvalitu edukačních činností, které jsou pracovníky v zařízeních poskytovány. Dále bylo šetřením zjištěno, že nabídka aktivit v obou typech zařízení je široká a prakticky stejná, co do podob. Rozdíl byl zjištěn u výpovědí o tom, která aktivita je předmětem největšího zájmu uživatelů služeb v jednotlivých typech zařízení. Šetřením bylo zjištěno, že uživatelé domovů mají největší zájem o takové aktivity, které je možno provádět v rámci větších skupin, kdežto uživatelé center dávají přednost individuálnějšímu typu aktivit. Zdůvodnění možných příčin tohoto rozdílu bylo popsáno již v dílčím srovnání. Celkový obraz z dílčích výsledků šetření náhledů pracovníků vybraných typů zařízení sociálních služeb na možnosti edukace seniorů – uživatelů jejich služeb by mohl vypadat následovně: *pracovníci zařízení obou typů sociálních služeb v dotazníkovém šetření prokázali svůj pozitivní náhled na obecné otázky stáří a stárnutí, z jejich odpovědí je patrná znalost problematiky stáří a stárnutí, seniory, uživatele jejich služeb hodnotí pozitivně jako osoby s dobrým funkčním potenciálem, schopné a ochotné se dále rozvíjet. Toto kladné obecné hodnocení je dobrým východiskem pro pozitivní náhled na možnosti realizace a působení edukačních aktivit na seniory, kteří v jejich zařízeních využívají edukační aktivity jako jednu z činností sociálních služeb. O rozsahu nabídky těchto aktivit smýšlejí pracovníci jako o dostatečné a uživateli využívané v poměrně širokém rozsahu a jsou přesvědčeni o pozitivním přínosu, který edukační aktivity na seniory mají.* Rozdíly v hodnocení lze stanovit jen u dílčích záležitostí které jsou součástí širšího okruhu např. funkčních schopností, adaptačních mechanismů, potřeb a výběru aktivit. Přes tyto dílčí rozdíly je možné tvrdit že náhled pracovníků na zkoumanou problematiku byl rozdílný jen minimálně. Souvislosti názorů pracovníků jednotlivých typů zařízení sociálních služeb nelze stanovovat bez stanovení větších názorových rozdílů. Souvislosti názorů pracovníků s povahou a typem služby v menších dílčích rozdílech jsou stanoveny v dílčích srovnáních, většinou jde zřejmě o rozdíly způsobené povahou bydlení uživatelů jednotlivých typů služeb.

Jako největší problém vyplývající z celého šetření se jeví možnost, že pracovníci u obou typů zařízení sociálních služeb zaměřují terapie ve speciálněpedagogickém pojetí za činnosti, které k takto pojatým aktivitám nepatří. Možné opatření je uvedeno v dílčím srovnání u bloku otázek které se terapií týkaly.

Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na dva větší celky, teoretickou a praktickou část. Úkolem teoretické části byl obecný popis některých oblastí, které se týkají života seniorů. Bylo zde pojednáno o otázce charakteristiky stáří a stárnutí v rozdělení součástí funkčního věku, o přípravě a adaptaci na stáří a stárnutí, o potřebách seniora a možnému nástroji pomoci v plnění jeho potřeb – sociálních službách. Z nich byly popsány podrobněji dva typy služeb pro seniory, ve kterých probíhalo šetření. Jednou z činností poskytovanou sociálními službami jsou edukační a vzdělávací aktivity. Ty se staly předmětem dalšího obsahu práce. Nejprve byly popsány edukační a vzdělávací aktivity určené celé seniorské populaci, teoretická část se dále zabývala vzdělávacími a edukačními aktivitami poskytovanými v zařízeních sociálních služeb. Pro šetření v praktické části byly vybrány dva typy služeb a to Denní centra služeb pro seniory a domovy pro seniory.

Základem pro stanovení cílové otázky se stal předpoklad, že názory pracovníků na edukaci seniorů – uživatelů služeb mají vliv na to, jak je tato edukační činnost nabízena, jak jsou k ní senioři motivováni, jakou má kvalitu, smysluplnost, jak je seniorům umožněno se podílet na jejím výběru a tvorbě. Byla tedy stanovena cílová otázka „Jak nahlíží pracovníci Denních center služeb pro seniory a domovů pro seniory na možnosti edukace uživatelů těchto služeb. Protože do šetření byly zahrnuty dva typy služeb, byl stanoven zároveň vedlejší cíl šetření a to zjištění rozdílů mezi náhledy pracovníků jednotlivých typů služeb.

Východiskem pro praktickou část byl koncept teoretické části. Podle něj bylo postupováno při sestavování dotazníku pro pracovníky zařízení vybraných sociálních služeb tak, aby dotazník zahrnoval co možná nejucelenější náhled pracovníků na uživatele obecně i na možnosti jejich edukace v zařízení. V úvodu praktické části byla popsána metodologie šetření, největší úsek praktické části se věnoval popisu a rozboru jednotlivých položek v dotazníku. Nakonec bylo uvedeno závěrečné hodnocení výsledků šetření, ve kterém se podařilo odpovědět na hlavní otázku, jaký náhled na edukaci seniorů ve svých zařízeních mají i splnit cíl vedlejší, kterým bylo stanovení rozdílů v náhledech pracovníků jednotlivých zařízení.

Použitá literatura

Čížková, Š. Výživa seniorů. In *Dětství-dospělost- stáří : Variace na lidský život : sborník přednášek*. Opava : Ústav pedagogických a psychologických věd. Fakulta veřejných politik. Slezská Univerzita v Opavě, 2009, s.7-11. ISBN 978-80-7248-511-6.

Faktorová, V. *Možnosti aktivizace seniorů v Centrech denních služeb*. Brno, 2008. 67 s.+ 5 příl. Diplomová práce. Masarykova Univerzita v Brně. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce K. Kubalčíková.

Hudcovic, M., Groh, J. *Aktivní život ve stáří a prevence předčasného stárnutí*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví, Ústav zdravotní výchovy, 1983.

Chráska, M. *Metody pedagogického výzkumu : Základy kvantitativního výzkumu*. Praha : Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-1369-4.

Janiš, K., ml. Moderní způsoby trávení volného času. In *Dětství-dospělost-stáří : Variace na lidský život : sborník přednášek*. Opava : Ústav pedagogických a psychologických věd. Fakulta veřejných politik. Slezská Univerzita v Opavě, 2009, s.41-44. ISBN 987-80-7248-511-6.

Jesenský, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

Jurenková, M. *Struktura a nabídka sociálních služeb pro seniory ve vybrané lokalitě*. Brno, 2008. 70 s. + 5 příl. Diplomová práce. Masarykova Univerzita v Brně. Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce K. Kubalčíková.

Kalnický, J. Efektivní sebevzdělávání dospělých a seniorů. In *Dětství-dospělost-stáří : Variace na lidský život : sborník přednášek*. Opava : Ústav pedagogických a psychologických věd. Fakulta veřejných politik. Slezská Univerzita v Opavě, 2009 s. 51-55.

Kalvach, Z., Hrabětová, E. *Senior a já...já a senior*. Společnost přátelská všem generacím, 2005.

Kantor, Muzikoterapie. In Müller, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. Olomouc : UP, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

Kozáková, Z., Müller, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc : UP, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

Kubalčíková, K. Služby pro seniory závislé na pomoci jiné osoby. *Sociální studia*. 2000, č. 5, s. 165 – 173.

Kubalčíková, K. *Sociální služby pro seniory závislé na pomoci jiné osoby jako způsob snižování rizika sociálního vyloučení*. Brno, 2005. Disertační práce. Masarykova Univerzita v Brně. Fakulta sociálních studií.

Loučková, I. *Analýza dat II : S metodou Linda ve společenskovedním výzkumu*. Olomouc : UP, 1996.

Livečka, E. *Úvod do gerontagogiky*. Praha : Ústav školských informací při MŠMT ČR., ediční řada výchova a vzdělávání dospělých. 1979.

Mühlpachr, P. *Gerontopedagogika*. Brno : MU PdF, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

Müller, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. Olomouc : UP, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

Pacovský, V. *Geriatric : geriatrická diagnostika*. Praha : Scientia Medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

Pacovský, V. *Proti věku není léku?* Praha : UK 1997. ISBN 80-7184-486-1.

Pichaud, C., Thareauová, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha : Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.

Petřková, A., Čornaničová, R. *Gerontagogika : úvod do teorie a praxe edukace seniorů*. Olomouc : UP, 2004. ISBN 80-244-0879-1.

Rheinwaldová, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8.

Stuart-Hamilton, I. *Psychologie stárnutí*. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

Svoboda, Poetoterapie. In Müller, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. Olomouc : UP, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

Sýkorová, D. a kol. *Senioři ve společnosti : Strategie zachování osobní autonomie*. Ostrava : ISBN 80-7326-023-9.

Šerák, M. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.

Šicková, Arteterapie. In Müller, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice : Teorie a metodika*. Olomouc : UP, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

Štilec, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.

Topinková, E. *Geriatric pro praxi*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

Tošnerová, T. *Ageismus : Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha : ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK, FNKU Praha, 2002. 10. ISBN 80-238-9506-0.

Tošnerová, T. *Příručka pečovatele : Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?* Praha : ambulance pro poruchy paměti 1. interní kliniky FNKU, Ústav lékařské etiky, 3. LF UK Praha, 2002. ISBN 80-238-8541-3.

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie II : Dospělost a stáří.* Praha : Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Valenta, M. , Müller, O. a kol. *Psychopedie.* (4. aktualizované a přepracované vyd.) Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

Venglářová, M. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vidovičová, L. , Gregorová, E. *Mainstreaming věku jako strategie managementu populací se stárnoucí demografickou strukturou.* Praha : Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007. ISBN 978-80-87007-57-0.

Zavázalová, H. a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie.* Praha: UK, Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0326-8.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008.-2012 Praha: MPSV.ČR dostupné na www.mpsv.cz/cs/5045

Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením do roku 2009 Praha: Výbor pro zdravotně postižené občany. dostupné na www.mzcr.cz/

Zákon č. 108/2006. Sb., o sociálních službách. dostupné na www.nrzp.cz/

Seznam příloh

I. Dotazník

II. Otázky k analýze dokumentů

D O T A Z N Í K

Dobrý den, jmenuji se Karla Mikulková, jsem studentka 3. ročníku oboru andragogika na Ústavu speciálněpedagogických studií Univerzity Palackého v Olomouci.

Prosím Vás o vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad v praktické části mé bakalářské práce na téma Aktivizace seniorů jako forma rozvoje kvality života, s upřesněním Možnosti edukace seniorů z pohledu pracovníků zařízení sociálních služeb.

Pokud se rozhodnete v dotazníku vyplnit zvolenou odpověď, prosím zakroužkujte, uveďte přibližný odhad, u otevřených otázek slovní vyjádření.

Tento dotazník je **anonymní**. V případě vašeho zájmu vám mohu výsledky šetření zaslat. Předem Vám mnohokrát děkuji za Vaši ochotu a pomoc!

1. Jak dlouho v tomto zařízení pracujete?

- a) méně než rok
- b) méně než 3 roky
- c) 3 – 5 let
- d) 6 – 10 let
- e) 10 – 20 let
- f) více než 20 let

2. Pokuste se prosím popsat uživatele vaší služby z následujících hledisek.

Pomoc s osobní hygienou potřebuje pravidelně:

- a) 0 – 25 % našich uživatelů
- b) 26 – 50 % našich uživatelů
- c) 51 – 75 % našich uživatelů
- d) 76 – 100 % našich uživatelů

Pravidelné sociální kontakty s osobami mimo zařízení udržuje (uveďte prosím váš odhad počtu uživatelů v %):

- a) pravidelné kontakty s rodinnými příslušníky.....% uživatelů
- b) pravidelné kontakty s dalšími osobami.....% uživatelů
- c) v aktivitách organizovaných jinými subjekty mimo naše zařízení.....% uživatelů

Zaznamenali jste u některých uživatelů vaší služby změny paměti (opět uveďte prosím váš odhad uživatelů v %) ?

- a) téměř žádné změny paměti.....% uživatelů
- b) částečná změna paměti.....% uživatelů
- c) výrazná změna paměti.....% uživatelů

3. Považujete za smysluplné, aby se člověk připravoval na stáří?

ano

ne

Pokud ano, pokuste se stručně uvést proč?

4. Domníváte se, že i do vysokého věku si člověk může?

- | | | |
|-----------------------------------|-----|----|
| a) udržet dobrou fyzickou kondici | ano | ne |
| b) zachovat psychickou pohodu | ano | ne |
| c) přijímat nové informace | ano | ne |
| d) učit se novým věcem | ano | ne |
| e) osvojit si nové dovednosti | ano | ne |
| f) seznamovat se s novými lidmi | ano | ne |

5. Jak podle vaší zkušenosti uživatelé vaší služby přijímají projevy stárnutí a stáří?
(opět prosím uveďte váš odhad počtu obyvatel v %)

- a) příznaky stáří přijímají pozitivně.....% uživatelů
 b) omezení, která stáří přináší jim nevadí, dokáží s nimi žít.....% uživatelů
 c) těžko se smírují s omezeními, která stáří přináší.....% uživatelů
 d) nejsou schopni se smířit se svým vlastním stárnutím a stářím.....% uživatelů

6. Přečtěte si prosím následující výrok a uvažte do jaké míry se s ním ztotožňujete. Své stanovisko vyznačte na škále. Postupujte jako při známkování ve škole.
(př. 1 – s tvrzením naprosto souhlasím, 5 – s tvrzením vůbec nesouhlasím):

Pro seniory – uživatele naší služby - je nejpodstatnější pomoc při zajištění základních fyziologických potřeb (hygiena, jídlo, spánek, vylučování apod.).

1 2 3 4 5

Většina seniorů – uživatelů naší služby – pocituje obavy ze své finanční situace

1 2 3 4 5

Pro seniory- uživatele naší služby- je nejpodstatnější pomoc směřující k zajištění psychické rovnováhy a pohody

1 2 3 4 5

Pro seniory – uživatele naší služby- jsou nejpodstatnější dobré vztahy a vazby s rodinou či jinými blízkými osobami

1 2 3 4 5

Pro seniory – uživatele naší služby - je nejpodstatnější, že mohou sami o sobě rozhodovat

1 2 3 4 5

Pro seniory . uživatele naší služby – je nejpodstatnější, že mohou získávat nové poznatky a učit se novým dovednostem.

1 2 3 4 5

Pro seniory – uživatele naší služby - je nejpodstatnější náboženské nebo duchovní vyžití.

1 2 3 4 5

Pro seniory – uživatele naší služby – je nejpodstatnější zachování co největší míry nezávislosti na pomoci druhé osoby.

1 2 3 4 5

7. V čem spatřujete největší přínos této sociální služby pro Vaše uživatele – seniory (pokuste se stručně vyjádřit vlastními slovy).

8. Které z následujících terapií jsou vaší službou nabízeny?

- a) arteterapie (pomocí výtvarného umění)
- b) dramaterapie
- c) muzikoterapie
- d) biblioterapie
- e) pracovní a činnostní terapie
- f) terapie za účasti zvířete
- g) jiné (vypište jaké)

9. Pokud senioři- uživatelé vaší služby- využívají některou z terapeutických aktivit domníváte se že pozitivně působí na jejich psychosomatický stav?

ano

ne

10. kterou z terapií(pokud je v nabídce vaší služby více možností) je projevován největší zájem? (prosím vypište slovy)

11. Které z následujících aktivit mohou senioři v rámci poskytování této služby využívat?

- a) kurzy (PC- obsluha, práce s internetem, jazykové, taneční)
- b) přednášky, besedy, diskuze
- c) různé druhy cvičení (jóga, relaxační cvičení)
- d) herní činnosti
- e) kroužky(zpěv, sběratelské, jiné zájmové, umělecké)
- f) dílny zaměřené na rukodělnou činnost
- g) výlety, procházky
- h) akademie seniorů
- i) koncerty, divadelní představení
- j) jiné, (uved'te jaké):

12. Myslíte si, že zapojení seniorů – uživatelů vaší služby- do nabízených aktivit působí pozitivně na kvalitu jejich života?

ano

ne

13. Která z uvedených aktivit je seniory – uživateli vaší služby - nejvíce využívána? (prosím vypište slovy).

14. Vyjadřují senioři zájem o některé jiné aktivity, které momentálně vaše zařízení nenabízí? (pokud ano, vypište prosím o které)

ano

ne

15. Podílí se senioři – uživatelé vaší služby na výběru nebo i tvorbě aktivit ve vašem zařízení?

ano

ne

16. V rámci této služby jste zaměstnán jako (pracovní pozice uvedená ve vaší pracovní smlouvě)

- a) sociální pracovník
- b) pracovník v sociálních službách
- c) specialista
 - pedagogický pracovník
 - terapeut
 - rehabilitační pracovník
 - ošetřovatel (SZŠ, VOŠ)
 - psycholog

17. Identifikace služby:

- a) Centrum denních služeb pro seniory
- b) Domov pro seniory

Zřizovatel :

***Mnohokrát vám děkuji za spolupráci,
bez které by dokončení mé práce nebylo možné.***

Otázky k analýze dokumentů

příloha k dotazníku

Zřizovatel:

Počet pracovníků:

Složení pracovníků:

sociální pracovník

pracovník v sociálních službách

specialista

pedagogický pracovník

therapeut

rehabilitační pracovník

ošetřovatel, zdravotnický pracovník

psycholog

Počet uživatelů:

Skladba uživatelů:

- muži
 - stupeň závislosti
- 1
-2
-3
-4
-bez stanoveného stupně závislosti

- věková skupina
 - 60 - 65 let
 - 66 - 70 let
 - 71 - 75 let
 - 76 - 80 let
 - 81 - 85 let
 - 86 a více let

V zařízení je realizován aktivizační program: ano ne

Pro které aktivizační programy máte písemné podklady?

Na jakou oblast jsou programy zacíleny především?

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Karla Mikulková
Katedra:	Speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Aktivizace seniorů jako forma rozvoje kvality života Možnosti edukace seniorů z pohledu pracovníků zařízení sociálních služeb
Název v angličtině:	The activation as the form of development the quality of life Options of the elderly people education from the staff members of these social services facilities point of view
Anotace práce:	Práce je zaměřena na „aktivizaci seniorů jako formu rozvoje kvality života“. Z aktivizačních možností se zaměřuje na vzdělávání a edukaci seniorů. Teoretická část práce se nejprve zabývá obecnými poznatky o stárnutí a stáří. Zmiňuje postavení seniorů ve společnosti, vymezuje pojmy geriatry, gerontologie, gerontagogika, rozebírá procesy, klasifikaci a charakteristiku stáří a stárnutí, adaptaci ve stáří a potřeby seniorů. Dále tato část práce zmiňuje sociální služby jako možný nástroj pomoci seniorům při plnění potřeb. Poslední kapitola teoretické části je věnována vzdělávacím a edukačním aktivitám, které jsou pro seniory určeny. Popisuje celkový význam, oblasti a prostředky realizace vzdělávacích a edukačních aktivit. Cílem práce je zjistit názory pracovníků zařízení sociálních služeb na možnosti edukace seniorů, kteří sociální služby užívají. Teoretická část je proto ukončena popisem edukačních možností v sociálních službách, především v Denních centrech pro seniory a Domovech pro seniory. Praktická část je zaměřena na hlavní cílovou otázku „Jak pracovníci Denních center pro seniory a Domovů pro seniory nahlíží na možnosti edukace seniorů-uživatelů těchto služeb? Předmětem dotazníkového šetření, které je v praktické části analyzováno, je zjištění odpovědi na tuto otázku. Vedlejším cílem praktické části práce je porovnání a zjištění rozdílů v názorech pracovníků na edukaci seniorů v těchto dvou typech zařízení. Popis cíle, metody a výběru vzorku, rozbor a popis šetření, které probíhalo v Olomouckém kraji tvoří obsah praktické části práce.
Klíčová slova:	Stárnutí, stáří, senior, gerontologie, geriatry, gerontagogika, sociální služby, domovy pro seniory, denní centra služeb, aktivizace, vzdělávání, terapie

Anotace v angličtině:	This Bachelor's thesis focuses on "the activation of seniors as a form of development of the quality of life." From the various means of activation, this work concentrates on the education and the educational opportunities of seniors. The theoretical section targets general findings about aging and old age, mentions the position of seniors within the society, and specifies concepts such as geriatrics, gerontology, and geragogy. It analyzes actions, classification, and characteristics of old-age and aging processes, as well as old-age adaptation and senior population needs. This thesis additionally mentions social services as a possible tool of assistance to seniors in meeting their needs. The final chapter of the theoretical section is dedicated to educational activities targeted to seniors. It describes the overall meaning, areas, and resources in the realization of educational activities. The main aim of this thesis is to detect the opinions of workers in the social service facilities regarding the possibilities of education of those seniors utilizing social services. Therefore, the theoretical part ends with the description of educational opportunities within the social services, specifically in the day-care and nursing home centres. The practical section highlights one target question: how do day-care and nursing home workers view the possibilities of education for their clients-seniors? A questionnaire that is analyzed in the practical section helps to answer this question. An additional aim of this thesis' practical section is an observation and detection of differences in the opinions of workers regarding the education of seniors in the two specific senior facilities analyzed. The practical section of the thesis, which summarizes goals, methods, sample selection, and the specification of the survey, takes place within the Olomouc region.
Klíčová slova v angličtině:	Aging, old-age, senior, gerontology, geriatrics, geragogy, social service, homes for seniors, day care centre for seniors, activation, education, therapy
Přílohy vázané v práci:	I. Dotazník II. Otázky k analýze dokumentů
Rozsah práce:	105 stran
Jazyk práce:	čeština