

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Eva Mrázková

Sociálně aktivizační služby v domově pro seniory

**Rozdíly v poskytování sociálně aktivizační služby z personálního hlediska
v domovech pro seniory na území hlavního města Prahy**

Social activation services in a retirement home

Differences in the provision of social activation services from a personnel point of view in
retirement homes in the territory of the capital city of Prague

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 4. srpna 2021

Bc. Eva Mrázková

Klíčová slova (česky)

stáří, domov pro seniory, pracovník v sociálních službách, sociální pracovník, aktivizační služby

Klíčová slova (anglicky):

old age, retirement home, care worker, social worker, activation services

Poděkování

Ráda bych poděkovala PhDr. Pavle Kodymové, Ph.D. za odborné vedení této práce, cenné rady, obrovskou trpělivost a vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat za svou neochvějnou podporu mým blízkým přátelům.

V neposlední řadě patří mé díky i zúčastněným respondentům, kteří mi pomohli zrealizovat výzkum.

Abstrakt (česky)

Diplomová práce se zabývá rozdíly v poskytování sociálně aktivizační služby z personálního hlediska v domovech pro seniory. Jejím cílem je zaměřit se na rozdíl v personálním provedení sociálně aktivizační služby pracovníků domova pro seniory, a to vzhledem k jejich kvalifikaci a charakteru práce v tomto zařízení. Ve své práci hledám odpověď na otázku: „Kdo by měl vykonávat sociálně aktivizační službu v domově pro seniory?“.

V teoretické části předkládám pojmy stárnutí, teorie stárnutí, stáří a s ním související změny ve stáří, adaptace a příprava. Popis domova pro seniory, sociální práce v ní a dále pak charakter práce a kvalifikace sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a aktivizačního pracovníka v domově pro seniory. Poslední kapitolou je aktivizace, ve které se věnuji aktivizačnímu programu a komunikaci v rámci aktivizace.

Praktickou část zpracovávám pomocí kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Hledám odpověď na to, kdo by měl vykonávat v domově pro seniory sociálně aktivizační službu. Mými respondenty jsou aktivizační pracovníci, popřípadě sociální pracovníci či pracovníci v sociálních službách, kteří v zařízení aktivizaci vykonávají. Místně se zaměřuji na hlavní město Prahu.

Abstract (in English):

The diploma thesis deals with the differences in the provision of social activation services from the personnel point of view in homes for the elderly. Its aim is to focus on the difference in the personnel implementation of the social activation service of the staff of the retirement home, due to their qualifications and the nature of work in this facility. In my work, I am looking for an answer to the question: "Who should perform social activation services in a retirement home?".

In the theoretical part I present the concepts of aging, the theory of aging, old age and related changes in old age, adaptation and preparation. Description of the retirement home, social work in it and then the nature of the work and qualifications of the social worker, the worker in social services and the activating worker in the home for the elderly. The last chapter is activation, in which I deal with the activation program and communication within the activation.

I process the practical part with the help of qualitative research in the form of a semi-structured interview. I am looking for an answer to who should perform a social activation service in the retirement home. My respondents are activation workers or social workers and social care assistant, who carry out activation in the facility. Locally, I focus on the capital city of Prague.

OBSAH

1	STÁRNUTÍ A STÁŘÍ.....	1
1.1	STÁRNUTÍ	1
1.2	STÁŘÍ.....	4
2	DOMOV PRO SENIORY.....	11
2.1	POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY	14
3	PERSONÁL ZE SOCIÁLNÍ OBLASTI V DOMOVĚ PRO SENIORY	18
3.1	SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	19
3.2	PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	22
3.3	AKTIVIZAČNÍ PRACOVNÍK	28
4	AKTIVIZACE	33
4.1	AKTIVIZAČNÍ PROGRAM	35
4.2	KOMUNIKACE.....	39
5	PRAKTICKÁ ČÁST	42
5.1	METODOLOGIE VÝZKUMU	42
5.2	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	46
5.2.1	<i>Způsob výkonu aktivizace (častost, časová dotace, program).....</i>	<i>47</i>
5.2.2	<i>Návrhy pro doplnění aktivizace v příslušných zařízeních</i>	<i>51</i>
5.2.3	<i>Využívané techniky a metody při aktivizaci klientů</i>	<i>53</i>
5.2.4	<i>Vzdělání aktivizačních pracovníků</i>	<i>55</i>
5.2.5	<i>Znalosti a dovednosti získané ze vzdělání užívané při aktivizaci seniorů či získané know-how z jiných zdrojů</i>	<i>56</i>
5.2.6	<i>Oblasti, které by v rámci aktivizace u sebe aktivizační pracovníci rádi rozvíjeli</i>	<i>58</i>
5.3	SHRNUTÍ	63
5.4	DISKUZE	68
	ZÁVĚR	70

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	72
SEZNAM GRAFŮ	77
SEZNAM ZKRATEK.....	78
PŘÍLOHA	79

Úvod

Za svou dosavadní praxi jsem si ověřila, že existuje nejednotnost aktivizačních činností a programů, vzdělání aktivizačních pracovníků a personálního zajištění aktivizace v domově pro seniory. Nabízí se tak otázka, který domov pro seniory má tu „skutečnou“ aktivizační činnost, co za vzdělání je dostačující pro aktivizaci a jaké má být zajištění aktivizace pro klienty. Z mé zkušenosti měl každý domov pro seniory vždy jiné aktivizační programy, jinak časově uzpůsobeny, různý počet aktivizačních pracovníků a také odlišné vzdělání aktivizačních pracovníků, které mnohokrát spojoval kurz pracovníka v sociálních službách.

Vzhledem k blížícímu nárůstu seniorské populace a současným trendům společnosti je dle mého důležité v aktivizaci cílit na rozvoj aktivizačních činností. Aktivizační činnosti odpovídajícím způsobem personálně zajišťovat, aby domov pro seniory nebyl vnímán jako zařízení poskytující péči k zajištění životních potřeb, ale i místo umožňující seniorům seberealizaci, autonomii a psychickou podporu jako samozřejmou součást práce se seniory. K tomu je ovšem zapotřebí, aby aktivizační činnosti uměly reagovat na soudobé specifické potřeby.

V kapitolách teoretické části se věnuji pojmu stárnutí, stáří, domov pro seniory a sociální práci v tomto zařízení. Dále podrobněji popisuji pracovní náplň sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách a aktivizačního pracovníka, včetně jejich kvalifikace. Postupně se dostávám k pojmu aktivizace, kde se zaměřuji na aktivizační program a komunikaci v rámci aktivizace.

Výzkum je založen na kvalitativní analýze formou polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníky v domovech pro seniory na území hlavního města Prahy. Pro zpracování výsledků jsem si zvolila metodu zakotvené teorie. Otázky se týkají způsobu provedení aktivizační činnosti, aktivizačního programu, vzdělání aktivizačního pracovníka, využití získaného vzdělání, metod a technik aktivizace. Odpovědi srovnávám s odpověďmi dalších zařízení.

1 Stárnutí a stáří

1.1 Stárnutí

Stárnutí vnímáme jako přirozenou součást celoživotního procesu, jehož výsledkem je stáří (Ondrušová a Krahulcová, 2019). Proces stárnutí je diskontinuitní, v různých obdobích života někdo stárne rychleji a někdo pomaleji (Haškovcová, 2010). Mlýnková (2011) definuje stárnutí nejen jako fyziologickou součást všeho živého (člověk, zvíře, rostliny), ale i jako proces, kdy dochází k postupné degeneraci buněk, tkání a orgánů. U každého z nás probíhá individuálně rychle a v různou dobu nástupu vývojového poklesu. Faktory ovlivňující rychlost degenerativních změn mohou být genetického původu, životním stylem, stresem, charakterem práce, ale i prostředím, ve kterém se člověk nachází. Zpravidla však změny tkání a buněk začínají ve třiceti letech života člověka. Langmajer a Krejčířová (2006) popisují stárnutí jako změny struktury a funkcí organismu, které je více náchylné ke zranitelnosti. Klesá schopnost a výkonnost člověka, která v terminálním stádiu vyvrcholuje. Stárnutí je dle Čevely, Čeledové a Kalvacha (2012) souhrnem zánikových změn nastupujících u každého jedince individuálně a odlišně v různých orgánech, vyznačuje se dosažením sexuální vyspělosti a adaptačními reakcemi na změny. Přirozené změny v procesu stárnutí se úzce prolínají se změnami patologickými i s projevy životního stylu – lze životním stylem zlepšit zdatnost a výkonnost.

Všechny definice stárnutí a stáří mají něco společné – univerzální použití s důrazem na individuální rozdíly. Obecně lze říct, že stárnutí je celistvý jev založen na mnoha faktorech, které jsou ovlivňovány genetickou výbavou člověka, vnějším prostředím a životním stylem. Z toho vyplývá, že lze do určité míry můžeme proces stárnutí sami ovlivnit. Pro fyzické stárnutí je charakteristická involuce orgánových funkcí a současně nesoudobé stárnutí orgánů, které je rozdílné. Dále dochází ke snížené adaptabilitě, pomalejší psychomotorika a změny v oblasti biologické/fyzické, psychické, spirituální a sociální (Ondrušová a Krahulcová, 2019):

- FYZICKÁ DIMENZE

Fyzickou dimenzi stárnutí lze rozpoznat na první pohled. Projevuje se charakteristickými změnami zevnějšku člověka, kdy tyto běžné tělesné změny zahrnují všechny orgánové soustavy. Orgány klesají ve své funkčnosti, mění se metabolismus, imunitní systém, což

posléze zapříčiňuje sníženou schopnost adaptace organismu na zátěž. I přes nevyhnutelnost stárnutí našťastí můžeme fyziologické změny ovlivnit zdravou životosprávou (pravidelné cvičení, zdravá strava). Mezi fyziologické změny řadíme například atrofii kosterních svalů, řídnutí kostí, výkonnost srdce, stav tepen, ... Opakem fyziologického stárnutí je stárnutí patologické. Patologické stárnutí se projevuje chronickými zdravotními problémy, multimorbiditou, velice sníženou soběstačností provázanou špatným funkčním stavem. V tomto případě je nutná sociální a zdravotní péče (Ondrušová a Krahlcová, 2019).

- PSYCHICKÁ DIMENZE

Stárnutí způsobuje i změny v osobnosti jedince. Na psychické dimenzi stárnutí může člověk pozitivně vědomě působit, a to opět zdravým životním stylem. Psychickou dimenzí myslí Ondrušková a Krahlcová (2019) proměnu osobnostních rysů, emocí, mentálních funkcí, kognitivních funkcí a schopnost přeorientovat se na novou roli v rámci vlastního stáří. Dvořáková (2012) tvrdí, že v psychice seniorů se začínají projevovat zejména negativní rysy osobnosti. Za charakteristické rysy psychiky seniorů považuje například pokles elánu, snížení schopnosti navazovat a udržovat vztahy a naopak zvýšenou toleranci k druhým, větší trpělivost, vytrvalost. Dle autorky kombinace psychických změn se sociálními ztěžují seniorům adaptaci na nové prostředí.

- SOCIÁLNÍ DIMENZE

Sociální dimenze je charakteristická vztahy ke společnosti a ke svým blízkým. Do sociální dimenze je zahrnuta sociální inkluze seniora mezi své vrstevníky a jeho ochota participovat na různých aktivitách, jelikož se v průběhu stárnutí proměňují vztahy, ať už k rodině (děti, vnoučata), nebo k přátelům, vrstevníkům. Hlavní roli hraje možnost sdílet vzpomínky a zkušenosti z minulých dob. V této dimenzi nastává zátěžová psychická zkouška spojená s odchodem ze zaměstnání (což znamená omezení kontaktů se svými známými) a nezřídka se pojí i se samotným stěhováním seniora z původního bydliště. Změna bydliště je další náročná situace v životě seniora zejména, pokud způsobí ztrátu blízké osoby (zpravidla životní partner). Ačkoliv senioři preferují samostatné bydlení s tím, že chtějí mít své blízké nedaleko od sebe (tzv. intimita na dálku), tak existují situace, kdy senior potřebuje kvůli snížené soběstačnosti intenzivnější péči než telefonní hovor či občasná návštěvy. Tyto individuální situace zachycuje kvalitní sociální síť. Ideální formou soužití seniorů je kombinace formální a neformální péče (Ondrušová a Krahlcová, 2019).

- **SPIRITUÁLNÍ DIMENZE**

Spirituální dimenze hraje v životě seniora velkou roli. I v této dimenzi dochází ke změnám, někteří senioři prožívají krizi víry. Čím člověk starší je, tím více tíhne ke spiritualitě a religiozitě. Aktivity církví můžeme vnímat jako příležitost k setkávání, seznamování s jiným okruhem lidí. Bohoslužby v tomto období neznamenají pouhé sezení na dřevěné lavičce, ale senior postupně rozvíjí svůj niterný svět a spiritualita se tak stává jednodušší. Senior se odpoutává od materialistických záležitostí. Důvodem zaměření a rozvíjení spirituality může být úmyslný odklon od úbytku fyzických a psychických sil. Nutno podotknout, že víra pomáhá zvládat těžkosti spojené se stárnutím a stářím (Ondrušová a Krahulcová, 2019).

Možné důvody stárnutí pak vysvětlují různé teorie. Teorie stárnutí například Čevela, Čeledová a Kalvach (2012) vysvětlují a rozdělují do dvou hlavních skupin:

Teorie stochastické (teorie opotřebování, náhodných změn) vycházejí z toho, že děje spojené se stárnutím jsou spíše nahodilé a že v průběhu času s přibývajícím věkem dochází k opotřebování organismu.

Teorie nestochastické (teorie naprogramování) předpokládají, že stárnutí je předurčeno genetickými predispozicemi.

Jinak uvádí teorie stárnutí Mlýnková (2011), která na rozdíl od teorií Čevely, Čeledové a Kalvacha (2012) zohledňuje také vnější vlivy na proces stárnutí, které jsou dle mého názoru v procesu stárnutí nezanedbatelnou součástí. Mlýnková (2011) popisuje:

- **Teorie o působení zevních vlivů** – teorie ekologického charakteru, vnější vlivy se na nás pozitivně či negativně podepisují v procesu stárnutí (složení potravy, životní styl, stresové a jiné psychosociální stavy, chemické látky působící na lidský organismus).
- **Teorie volných radikálů** – škodlivé sloučeniny vznikající v organismu, které v nadměrném množství naše zdraví poškozuje a to tak, že poškozuji membrány buněk a jejich částí.
- **Genetická teorie** – délka našeho života je podmíněná genetikou, pokud se vyššího věku dožívají rodiče, je velmi pravděpodobné, že tato délka života bude obdobně platit i pro nás.

- **Imunologická teorie** – s čím dál vyšším věkem není schopen náš organismus detekovat chyby nastávající při dělení buněk. Důsledkem je autoimunitní proces, kdy naše tělo ničí vlastní buňky.

1.2 Stáří

V literatuře lze najít několik způsobů výkladu stáří. Vágnerová (2009) stáří charakterizuje jako poslední etapu života, kterou označuje také jako *postvývojovou*, jelikož už byly realizovány všechny schopnosti rozvoje. Mlýnková (2011) i Haškovcová (2010) tuto definici stáří také zastávají, jen Haškovcová (2010) doplňuje, že o kvalitě stáří rozhodujeme a spolurozhodujeme po celý život. Za stáří považují autoři Čevela, Čeledová a Kalvach (2012) projev a důsledek involučních změn probíhající individuálně, jejichž výsledkem je obraz označovaný jako fenotyp stáří.

I přes obrovské množství získaných poznatků o stáří nelze jednoznačně vymezit a definovat stáří, dokonce ani odpovědět na otázku, proč každý z nás stárne. Někteří autoři zastávají názor, že stárneme již od narození, někteří zase vnímají stárnutí jako proces v pozdější fázi životního cyklu (Křivohlavý, 2011). Ať už je odpověď jakákoliv, můžeme věk, kdy u člověka začíná stáří, posuzovat na základě určitých kritérií. Jako příklad mohu uvést kritéria dle Baltes a Baltes (1993):

- psychické zdraví
- biologický stav organismu
- kognitivní výkonnost
- počet let
- sociální dovednosti a produktivita
- kvalita sebeovládání
- spokojenost se životem

Periodizace stáří

Na věk se častokrát pohlíží z biologického hlediska, tedy věk se posuzuje na základě biologický jevů (Křivohlavý, 2011). Člověka biologické jevy formují v průběhu celého života a postupem času se její funkce překlenují v patologické. Sledují se imunologické změny, vyčerpání buněčného systému, změny funkce brzlíku atd. Vedle zmíněného biologického věku, bývá dle autora často uváděn i věk chronologický (věk

podle kalendáře) nebo psychologický. Z hlediska psychologického věku může být člověk definovaný biologickým věkem v kondici, která se diametrálně liší od biologického zaškutkování. Také se tyto dva aspekty liší v tom, jak pohlíží na fungování, respektive nefungování, dané funkce. Biologové se primárně zaměřují na zdravé funkce, poté na patologický chod biologických jevů, kdežto psychologové se nejprve zaměřují na to, jaké funkce selhávají a jakým způsobem se to děje. Mlýnková pak (2011) stáří dělí jednodušeji, na již zmíněné kalendářní (dané věkem člověka) a biologické stáří (dané vitalitou, zdravím seniora), kdy kalendářní věk vůbec nemusí odpovídat biologickému věku.

Osobně zastávám spíše přesnější a rozšířenější kategorizaci věku, a to věk **kalendářní, biologický, sociální stáří, funkční stav, postproduktivní, třetí a čtvrtý věk**, jak uvádí autorky Ondrušová a Krahulcová (2019). V domovech pro seniory je věk cílové skupiny definován na základě věku kalendářního. **Kalendářní věk** nezohledňuje přirozeně stárnoucí jevy, schopnosti, funkční stav a ani sociální roli stárnoucího člověka. Hojně se využívá ve statistice a je spíše administrativním nástrojem, ale dokážeme ho jednoznačně vymezit stanoveným věkem (Ondrušová a Krahulcová, 2019). Praxí běžného života je, že za seniora je považován každý, kdo dosáhl důchodového věku. I přes rozdíly hranic odchodu do důchodu se považuje starý člověk jako 65letá osoba. Někteří považují za rané stáří věk 65-74 let a nazývají seniory jako „mladé“ (odborníci je v literatuře označují jako *young old*). Právě termín *old old* („staré staré“) označuje seniory ve věku 75 a více, kdy hranice 85 let bývá označována za *very old old* („velmi staří staří“), (Haškovcová, 2010). Podobně dělí věk i Mühlpachr (2004). Přejechy mezi různými obdobími zrání člověka ve starším věku mohou být nezřetelné, a proto někteří autoři preferují označení jako 50+, 60+, 70+ atd., které se zdá ze společenských a praktických důvodů vyhovující (Haškovcová, 2010). Zákon o sociálních službách charakterizuje seniora jako osobu nad 65 let či osobu, které je nad 60 let, ale má nárok či pobírá starobní důchod. Pojmenování seniora se váže nejen k věku, ale i nároku na starobní důchod. Domovy pro seniory bývají zpravidla určeny seniorům nad 65 let.

Dále se pak věk dělí na **funkční stav**, definován mírou soběstačnosti, zdatností, výkonností a tvoří soubor funkčního potencionálu člověka. Na rozdíl od kalendářního věku hodnot pomocí celé řady testů a nemusí se s ním shodovat. Funkční stav je zejména ovlivňován vnějšími faktory (Ondrušová a Krahulcová, 2019). **Sociální stáří** je charakterizováno rolí člověka ve společnosti. Toto stáří začíná často věkem odchodu do starobního důchodu. V této souvislosti se z hlediska ekonomické aktivity označuje období stáří jako postproduktivní věk, který se ještě dělí na třetí a čtvrtý věk. **Ve třetím věku** se

člověk zúčastňuje různých aktivit, je soběstačný a rozvíjí osobnost. *Čtvrtý věk* ho následuje, typickým je nesoběstačnost a značná závislost na pomoci druhých (Ondrušová a Krahulcová, 2019). O celkovém stavu organismu, involuci a poklesu zdraví vypovídá *věk biologický*. Biologický věk je ve velké míře ovlivněn nemocemi (Ondrušová a Krahulcová, 2019). Mimo biologický průběh stárnutí je možné ostatní faktory pozitivně ovlivnit (Čevela, Čeledová a Kalvach, 2012).

Adaptace na staří a příprava

Stáří, jakožto závěrečná kapitola v životě člověka, je nedílnou součástí změn, které nás v průběhu života potkají. Každý se na tyto nevyhnutelné změny připravuje jiným způsobem. To, jakým způsobem přijmeme stáří, může záviset na naší celoživotní aktivitě, zkušenostech a životní filozofii. Postoje, které můžeme ke stáří zaujmout, mohou být obranné, nepřátelské, konstruktivní nebo ve formě závislosti a sebenávisti. Tyto jednotlivé způsoby adaptace na změny se mohou vzájemně kombinovat. Nutno dodat, že reakce na stárnutí jsou vždy individuální. Při práci se seniory můžeme odlišit různé způsoby adaptace na stáří, které nám mohou pomoci k lepšímu poznání osobnosti seniora a umět tím lépe cílit způsoby práce. *Konstruktivní způsob* je typický svým pozitivním přístupem k životu. Senior ze své aktivity neustupuje a zajímá se o dění kolem sebe, vyhledává způsoby trávení volného času, udržuje si tělesnou a psychickou kondici. Počítá s jistými omezeními vzhledem k věku, které mohou mít důsledek na jeho možnostech a schopnostech, ale i přesto je stále aktivní. *Obranný postoj* vzniká ze strachu z potencionální závislosti na druhé osobě. Jde většinou o lidi, kteří byli v životě velmi aktivní, ambiciózní a tomu odpovídali i typ jejich práce, kterou si budovali (např. vedoucí pozice). Nedokážou se smířit se stárnutím a v případě nemoci nebo postižení odmítají pomoc a nepřiznávají sníženou schopnost o sebe pečovat. Naopak osoby, které nebyly v životě tolik aktivní, spíše zaujímaly pasivní přístup, spoléhaly na pomoc druhých, podléhaly druhým lidem, mají tendenci k *závislosti*. Tito senioři i nadále očekávají, že za ně někdo bude něco dělat, rádi se nechají vést a bude vyhověno jejich žádosti. *Nepřátelský postoj* je nezřídka kdy podmíněn neshodami, které seniora provázejí. Žijí většinou osaměle, protože se jim rodina a lidé z okolí vyhýbají kvůli neustále nespokojenosti, mrzutosti, někdy i agresivitě a rovněž tendencí svalování viny na druhé. *Sebenávist* je postoj, který již vyžaduje odbornou pomoc. Vyznačuje se lítostí seniora, pesimismem a pocitem nenaplněnosti během života, který považují za promarněný. I když rodinu a blízké mají, cítí se osamělí a sociální kontakty nevyhledávají (Mlýnková, 2011).

Postoj človeka k sobě samému v seniorském věku a proces adaptace lze ovlivnit její přípravou. Poláchová (2007) rozděluje přípravu na stáří do tří forem, které jsou totožné s kategorizací Haškovcové (2010). Jde o rozdělení přípravy na stáří do kategorií dlouhodobé, střednědobé a krátkodobé přípravy.

Dlouhodobá příprava probíhá během života již od útlého věku, a o v rámci vzdělávání a výchovy. Ve výchově je důležitá pevná citová vazba mezi vnoučaty a prarodiči. V rámci vzdělávání lze od počátku posilovat pozitivní pohled na stáří. Později, například na středních školách, se uplatňuje možnost různých programů zaměřených na pomoc pro seniory, kdy se studenti učí specifikům seniorů, naslouchat a rozumět jim. Tímto se posilují mezigenerační vztahy a bezděčně poznávají, jak stáří vypadá (Haškovcová, 2010).

Střednědobou přípravu datuje autorka zhruba v posledních 10 letech ekonomické aktivity člověka. Člověk si postupně uvědomuje nevyhnutelnost stáří a pomalu a jistě se na toto období připravuje. Nemělo by se očekávat, že volný čas bude „někdo vyplňovat“ nebo „něco se stane“. Jedinec si musí najít způsoby trávení volného času a v lepším případě mít hned několik plánů pro případ, že předešlý plán se nebude moci uskutečnit. Těžko předvídat, co se přesně odehraje, avšak každý člověk je odpovědný za svou kvalitu života a sám nejlépe ví, jak volný čas vyplnit smysluplně. „*V té souvislosti by si měl každý odpovědně položit otázku, co bude dělat, až nebude moci dělat to, co je zatím prioritní náplní dosavadního profesního života.*“ (str. 175, Haškovcová, 2010). Důležité je rovněž udržovat sociální kontakty, rodinné vazby, mít ekonomicky aktivní program (včetně případné náhrady) a udržovat zásady zdravého životního stylu (Haškovcová, 2010).

Krátkodobá příprava, zpravidla realizovaná 3-5 let před plánovaným odchodem do důchodu, se vyznačuje ekologií stáří. Začínají se ve velkém řešit otázky infrastruktury, blízkost městské hromadné dopravy, praktického lékaře a bydlení. Zvažuje se přestěhování do menšího a úprava bytu odpovídající potřebám seniora tak, aby si byl schopen co nejdéle udržovat domácnost vlastními silami bez rizikových překážek (Haškovcová, 2010).

V odborné publikaci existuje mnoho výkladů přípravy na stáří, například Křivohlavý (2011) ji pojal trochu jinak než výše zmíněné autorky, a to ve formě několika rad, které se ve třetí fázi člověka dle autora osvědčily. Rady zařadil do roviny tělesné, duševní, sociální, osobní, organizační a také roviny, která se věnuje udržování pořádku (pořádek v prostoru, čase a redukce hmotných věcí). Osobně se ztotožňuju z důvodu přehlednosti s přípravou definovanou na základě délky.

Změny ve stáří

Ve stáří člověka provází nevyhnutelné změny v oblasti biologické, psychické a sociální. **Biologické změny** se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů, kdy nejvíce od pohledu znatelné jsou změny v pohybovém aparátu a na kůži. Další změny probíhají v systému kardiovaskulárním, respiračním, trávicím, pohlavním a vylučovacím, nervovém a ve smyslovém vnímání a spánku (Mlýnková, 2011).

Psychické se u každého z nás objevují s rostoucím věkem individuálně, kdy se na kvalitě psychiky podílí osobnost člověka. **Zhoršují se** kognitivní funkce (vnímání, paměť, psychická vitalita, pozornost, myšlení) a schopnost přizpůsobení se životním změnám. Senioři mají rádi svůj stereotyp, který je však možný narušit pomocí motivace. **Stejná** zůstává slovní zásoba, intelekt, vyjadřování myšlenek a jazykové dovednosti. Také zůstává integrita celistvé osobnosti, ale mohou se měnit některé její dílčí schopnosti. **Zlepšení** můžeme zaznamenat v psychických pochodech – trpělivost, rozvaha, vytrvalost a schopnost úsudku. Osobností rysy a vlastnosti jedince se mohou v průběhu stárnutí změnit. Buď dochází ke ztrátě intenzity některé z vlastností a rysů (pořádnost), nebo naopak k jejich zvýraznění (podezíravost). Změnám podléhá i hierarchie potřeb. Senioři kladou větší důraz na jistotu a bezpečí, zdraví a seberealizaci ve vyšším věku. V citové oblasti mohou být senioři více plačtiví a u patologických typů osobnosti se objevuje emoční labilita. Někteří jedinci trpí úzkostmi, strachu a depresivní náladě. Velkou změnou v citovém životě seniora je ztráta životního partnera, která vyvolává pocit opuštění, samoty, prázdnoty a nenahraditelné ztráty. S touto bolestivou zkušeností se většina seniorů naučí žít, avšak existují i lidé, kteří takovou emocionální ztrátu neunesou, nesmíří se s ní a může jim urychlit jejich vlastní odchod z tohoto světa (Mlýnková, 2011).

Sociální změny jsou spjaty s odchodem do starobního důchodu, který je jednou z hlavních změn v životě a může člověka ovlivnit jak pozitivně, tak i negativně. Odchodem do důchodu se mění sociální role člověka. „*Končí role pracujícího člověka, který svou pracovní činností vytváří hodnoty pro obyvatelstvo a celý stát. Starší člověk získává novou roli důchodce, který naopak dostává od státu penzi a svou práci již našemu společenství nijak nepřispívá. Tím může dojít ke snížení společenské prestiže a autority. Nejednou bývá senior-důchodce vnímán jako někdo, kdo čerpá peníze ze státní kasy, např. na častější ošetření u lékařů, a současně společnosti nic nepřináší, tedy je zbytečný. Velmi často je takové chápání seniorů podporováno reportážemi a články v médiích.*“ (Mlýnková, 2011, str. 25).

Křivohlavý (2011) v této souvislosti srovnává změny ve fázi před odchodem do důchodu a po odchodu do důchodu do výstižných hesel:

tabulka č. 1 Křivohlavý (2011, str. 23)

PŘED DŮCHODEM	PO ODCHODU DO DŮCHODU
stálý nedostatek času	dostatek, ba nadbytek volného času
náplň času mi stanoví někdo jiný (nadřízený)	to, co budu dělat, si stanovuji já sám
nemám čas pro sebe	mám dost času pro sebe
umění fungovat (jako kolečko ve stroji)	umění žít
spěch	uvolnění
stres a distres	eustres
zážitky	klid
úspěch	osobnostní dozrávání
horizontála života	vertikála života
absolutní sebe-vydávání	jít do sebe
připoutání k zaměstnání	odpoutání od práce
ponoření se do práce	ponoření se do sebe
seberealizace	sebepoznávání
zájem získat a mít	zájem někým být
duševní strádání	duševní naplňování
vnitřní chudoba	vnitřní obohacování
vnější bohatství	vnitřní bohatství
hektické události	klidnější plynutí času
vnitřní nepokoj	ustalování vnitřního pokoje
stálý běh a shon	uvolnění
úzkost a strach, jak to dopadne	klidné očekávání
Hyperaktivita	klid

Jakým způsobem člověk přijme tento významný mezník v životě, záleží i na různých okolnostech. Pro některé seniory je odchod do starobního důchodu vítán (mají mnoho koníčků a starají se zároveň o vnoučata, dlouhodobá nezaměstnanost, zhoršující se zdravotní stav, péče o blízkou osobu, ...). Špatně je snášen lidmi, kteří svou práci vyplňovali většinu svého času, nemají koníčky a také příliš velké sociální zázemí. Ztráta profese vede k pocitu izolace, zbytečnosti, postupnému úbytku sociálních kontaktů aj. Nutno brát v potaz i samotný pobyt doma, pokud je senior stále v partnerském svazku. Lidé se najednou opět učí být se sebou navzájem, což v horším případě zapříčiňuje partnerskou krizi. Nesmíme opomínat ani na ohrožení seniorů zapříčiněným finančním nedostatkem a s tím související nižší životní úroveň (Ondrušová a Krahulcová, 2019).

Mimo sociální roli se mění také ekonomická situace člověka. Nepříliš vysoký důchod, různé poplatky z oblasti zdraví dopadají na dosavadní životní standard seniora, který byl ve středním věku jiný. Je nucen omezovat se a přicházet i o příjemné zážitky. Ve zvládnutí ztížených životních podmínek pomáhá právě příprava na stáří ve formě odkládání peněz a také i samotné naplánování životního programu. Senioři, kteří nevědí, co se svým volným časem, kterého je najednou až příliš a nedokážou si najít smysluplné činnosti k jejímu naplnění, upadají do nudy, přemítání smyslu života a různých negativních emocí (Mlýnková, 2011). V tomto případě by neměl být znemožněn přístup aktivním seniorům, kteří mohou a chtějí pracovat, na trh práce. Ekonomická činnost seniora je v mnoha ohledech prospěšná: buď si finančně přilepšuje ke starobnímu důchodu, nebo naopak vypjatý důchodový systém nezatěžuje, zvyšuje životní úroveň, vytváří hodnoty, upevňuje mezigenerační soužití a v neposlední řadě má vliv na jeho psychické zdraví (Haškovcová, 2012). Součástí stáří je i výskyt nemocí, které mohou být překážkou pro běžné denní aktivity. Omezuje se soběstačnost, sebepéče, vzniká postupná závislost na pomoci druhých osob. Dochází ke snížení mobility, která může zapříčinit nedostatek společenských kontaktů a komunikace vedoucí k izolaci seniora. V tomto případě je vhodné využívat různých kompenzačních pomůcek, pokud je to možné. Není vždy pravidlem, že každý senior musí být závislý na pomoci druhých osob. Mnozí z nich vedou aktivní život, jsou schopni naplňovat každodenní povinnosti, pečovat o sebe i domácnost (Mlýnková, 2011).

Zákonité změny ve stáří ovlivňují sociální kompetence člověka. Postupně dochází k diferenciované proměně nebo redukci sociálních dovedností, které lze v krajním případě považovat za desocializaci, kdy tento proces probíhá specificky a jasně zřetelnějším se stává zejména v pozdním stáří. Po odchodu do starobního důchodu jsou lidé více izolováni a téměř veškeré sociální dění se odehrává v soukromí nebo rámci rodinného prostředí. Upozaduje se společenské dění, senioři častokrát ani nepřekračují hranice svého nejbližšího okolí, čímž se snižuje i jejich náročnost v sociální orientaci a společenském chování. Mnoho sociálních dovedností a návyků nepotřebují, a tak může docházet k jejich stagnaci nebo dokonce až k úpadku. Nové způsoby chování se učí životní změnou, například odchod do domova pro seniory, přičemž často přijímají spíše roli submisivní, závislé na ostatních. Stáří se prožívá v rámci několika sociálních skupin. Nejvýznamnější sociální skupinou je rodina zahrnující ať už partnerský vztah, či rodiny dětí, sourozenců (Vágnerová, 2007), ale pečovat o staršího člověka z dlouhodobého hlediska je pro rodinu velmi namáhavá, ať už psychicky, nebo fyzicky (Haškovcová, 2010).

Mezi rizikové situace u seniorů považujeme ztrátu životního partnera, návrat z ústavního zařízení do domácího prostředí a již zmíněný odchod do starobního důchodu. Rizikové faktory se v životě starších osob často prolínají. Špatně snášena je kumulace zhoršujícího se zdravotního stavu, vysoký věk a osamělost, které vyúsťují k závislosti na druhé osobě a dlouhodobé institucionalizaci (Ondrušová a Krahlucová, 2019).

2 Domov pro seniory

Institucionální péče ovšem není jedinou možností péče o seniory. O seniory může být postaráno v rámci komunity nebo neformálními pečujícími. Komunita je jednou z možností, kde může člověk získat emocionální podporu, praktickou pomoc a ocenění v každodenním životě (Hartl, 1997). K podporování komunity se využívá komunitní práce, která se uplatňuje při řešení problému, ale i navození změn v rámci komunity. Řešení problému se vztahuje k možnostem komunity, do řešení problémů a do rozhodování zapojuje její členy, místní organizace a instituce. Zejména rozšiřuje možnost lidí ovlivnit to, co se s nimi děje. Komunitní práce je charakteristická aktivizačním přístupem vedoucí k tomu, aby se lidé sami postarali o řešení problému. Jejím blízkým pojmem je komunitní péče, která je opakem institucionální péče. Při komunitní péči se směřuje k uspořádání zejména sociálních a zdravotních služeb pro ohrožené skupiny obyvatel (například senioři) tak, aby mohli zůstat se svým hendikepem ve vlastní komunitě a žít v ní plnohodnotný život. Nicméně u nás komunitní práce zatím není nijak významně využívána. Lidé jsou málo připraveni pospolu řešit společné problémy. Většina lidí v komunitě očekává, že k řešení problému jsou určeni jiní lidé než oni. Nepomáhá ani nastavení úřadů, které příliš nepodporuje participaci občanů při řešení problému (Matoušek, 2013). Neformální péče je nejčastěji poskytována dospělými dětmi nebo partnerem seniora (Dudová, 2015). Neformální pečovatel musí být ochotný a schopný péči poskytovat, a to jak fyzicky, tak psychicky. Umět péči vhodně a správně poskytovat ve vhodných domácích podmínkách (Truhlářová, 2015). Někdy ale nastávají situace, kdy možnosti a schopnosti rodiny nebo blízkých neumožňují poskytovat péči v domácím prostředí. Zde sehrávají zásadní úlohu sociální služby (Bertini, 2011).

Domov pro seniory představuje klasickou formu institucionální péče o seniory. Nabízí ubytování včetně širokého spektra služeb zahrnující osobní péči o klienta, různé aktivizační programy, ošetrovatelská a rehabilitační péče. Sociální práce je součástí konkrétní pomoci seniorům (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010). Poskytuje svým klientům plnou osobní péči (zdravotnická a ošetrovatelská péče), stravu,

ubytování, praní prádla a zároveň i každodenní skupinové aktivity (Matoušek, 2011). Starší lidé se rozhodují k odchodu do pobytové služby buď dobrovolně, nebo jsou donuceni okolnostmi. Častokrát se jedná o náhlou změnu zdravotního stavu (Janečková in Matoušek, Kolářková a Kodymová, 2010).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje domov pro seniory jako pobytovou službu poskytující ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů včetně obstarávání osobních záležitostí osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z věkových důvodů a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Dále pak vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, detailněji popisuje rozsah a realizaci jednotlivých činností definované zákonem:

a) poskytnutí ubytování:

- ubytování
- úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení

b) poskytnutí stravy:

- zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel

c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu:

- pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
- pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík
- pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- pomoc při podávání jídla a pití
- pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru

d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

- pomoc při úkonech osobní hygieny
- pomoc při základní péči o vlasy a nehty
- pomoc při použití WC

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

- podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,

- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

f) sociálně terapeutické činnosti:

- socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob

g) aktivizační činnosti:

- volnočasové a zájmové aktivity
- pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím
- nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů

Mezi další pobytové zařízení sociální péče řadíme domov s pečovatelskou službou, domov pro osoby se zdravotním postižením a domov se zvláštním režimem (Dvořáčková, 2012). Z hlediska pobytových služeb, které zajišťují zdravotní péči seniorům, považujeme LDN (léčebna dlouhodobé nemocných). LDN jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a poskytují doléčovací a rehabilitační péči, která by neměl trvat déle jak tři měsíce – poté sociální pracovník řeší propuštění a jeho následnou péči (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010). Domov s pečovatelskou službou je kombinací pečovatelské péče a pobytového zařízení. Nejen, že se tímto řeší i často nevyhovující bytové podmínky, ale zároveň se tím poskytuje pečovatelská služba (dostupná zpravidla v pracovních dnech) na jednom místě, kde se soustřeďují její příjemci (Králová a Rážová, 2005). Matoušek (2011) také popisuje domov s pečovatelskou službou jako zařízení, kde se pronajímají byty a jsou poskytovány základní služby ve všední dny (ošetřovatelská péče, pomoc při osobní hygieně, pomoc s vedením domácnosti, doprovod aj.) Domovy se zvláštním režimem poskytují služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách, Alzheimerovy choroby a jinými typy demencí, kvůli kterým potřebují pomoc jiné osoby. Režim sociálních služeb v tomto zařízení je přizpůsoben specifickým potřebám daného jedince. Domov pro osoby se zdravotním postižením poskytuje z důvodu snížené soběstačnosti

odvíjející se od zdravotního postižení pravidelnou pomoc potřebným osobám (Dvořáčková, 2012).

2.1 Poskytování sociální služby

Sociální práce se soustřeďuje do oblasti péče o seniora v momentě, kdy se snižuje jeho kvalita života, konkrétně snížená schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat své plány, a jejím cílem je pomoci seniorovi z bludného kruhu „nezvládnutí“, ať už je bariérou v uskutečňování životních úkolů v jakékoliv oblasti (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010). Jistým specifickým při práci v domově pro seniory může být neexistující striktní hranice mezi zdravotní a sociální péčí, navzájem se totiž obě péče prolínají a jsou na sobě závislé – zhoršení zdravotního stavu obvykle znamená potřeba sociálních služeb a naopak. Je proto důležité, aby byly obě péče poskytovány souběžně, tím pádem má sociální pracovník pracovat v týmu se zdravotníky. Právě sociální změny představují pro seniora zvýšenou zátěž a zdravotní riziko. Náročné změny představují zejména odchod do důchodu, smrt blízkého, změna bydliště, přechod do institucionální péče. Sociální pracovník pomáhá seniorovi se adaptovat na změny a integrovat ho do nového sociálního prostředí, pracuje s klientovým životním příběhem (souvislosti s mezi minulostí a současností), čímž zachovává kontinuitu jeho života a podporuje jeho kvalitu života včetně zdraví. Spolupracuje se rodinou. Aby byla sociální práce vykonávána kvalitně, je nutné klást důraz i na komunikaci, mít dovednosti k navázání kontaktu a definování potřeb staršího člověka (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010).

Profesionální péče musí zohledňovat potřeby seniorů, které jsou podobné jako u ostatních věkových skupin, liší se jen způsobem jejich naplňování. Dochází také ke změnám v hierarchii potřeb, kdy nejsou pro staršího člověka zcela prioritní pouze základní biologické a psychosociální potřeby, ale jsou více orientováni na vyšší potřeby duchovního charakteru (Ondrušová a Krahulcová, 2019). Změny v potřebách jedince a jejich uspokojení nejčastěji ovlivňuje nemoc, typ osobnosti, mezilidské vztahy, vývojové stadium člověka a okolnosti, za kterých vznikne nemoc (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013). Mezi potřeby seniorů se řadí dle Ondrušové a Krahulcové, (2019):

- Potřeba citové jistoty – jistota, že bude o seniora postaráno ze strany rodiny, ochota poskytnout pomoc a podporu.
- Potřeba bezpečí – souvisí s přibývajícím věkem a úbytkem kompetencí a sil
- Potřeba lásky, sociálních kontaktů, rodinné vazby

- Potřeba seberealizace – každý senior se realizuje skrze různé záležitosti, někteří skrze svých koníčků, péče o potřebné členy rodiny, ale i formou vzpomínek na své životní úspěchy a nabyté dovednosti. Potřeba seberealizace klesá zpravidla v pozdním stáří, starší lidé se smiřují se svým aktuálním životem a stavem a jejich ambice postupně ustupují do pozadí.
- Potřeba užitečnosti pro druhé – pro seniora představuje pocit neužitečnosti, zbytečnosti emoční zátěž, negativně se podepisuje na jeho sebevědomí a může vyústit až k pocitu přítěže ve společnosti. Dobrymi způsoby, jak pocitu neužitečnosti předcházet, může být stálé zapojení (buť i jen z částečný úvazek, brigádu) na trh práce, pomoc v rodině (péče o partnera, vnoučata atd.) a pomoc třeba i v rámci komunity. V pokročilejším stáří s fyzickými limity předcházíme pocitu neužitečnosti úkony méně náročného rázu, které vzhledem ke svým těžkostem dokáže provést.
- Potřeba autonomie – zásada neosvojit si přílišnou péči v oblastech, které senior sám zvládá. Pro celkovou spokojenost je nutné, aby měl senior stále kontrolu nad svým životem a mít možnost volby.
- Potřeba zachování důstojnosti – zákon o sociálních službách definuje nutnost zachovávat lidskou důstojnost osob, kterým je poskytována pomoc a podpora. I v pokročilejším stáří lze charakterizovat potřebu důstojnosti jako jednu z nejvíce stěžejních.
- spirituální potřeby
- potřeba smysluplnosti života

Základem sociální práce je vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám starších osob. V mnoha případech je sociální pracovník prostředník mezi vnějším světem a seniorem a je nutné, aby se stále mohl, s podporou sociálního pracovníka, rozhodovat a udržovat kontrolu nad svým životem (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010). Individuální sociální práce se starším člověkem se orientuje na posilování samostatnosti a na motivaci k aktivitám (Mühlpachr, 2006).

Jednání se zájemcem o službu je součástí standardů kvality sociálních služeb, které jsou pro poskytovatele závazné. Je klíčové klientům poskytovat kvalitní sociální službu, a proto bychom měli tomuto procesu rovněž věnovat velkou pozornost – umět dobře obsáhnout potřeby a požadavky zájemce a nabídnout jen to, co doopravdy splnit

dokážeme. Tímto se minimalizují konflikty či stížnosti (ať už ze strany zájemce či rodiny) a předchází i problematickým situacím (Chloupková, 2013). Jednání se zájemcem o službu je upraveno zákonem o sociálních službách a související vyhláškou 505/2006 Sb., Listinou základních práv a svobod, občanským zákoníkem, zákonem o ochraně osobních údajů a v neposlední řadě také Etickým kodexem sociálních pracovníků (Chloupková, 2013). Poskytování sociální služby se zahajuje podáním písemné žádosti do vybraného zařízení (Malíková, 2020).

Nicméně existuje i situace, kdy bude zájemci odmítnuto poskytovat sociální službu. Může se tak stát proto, že poskytovatel sociální služby neposkytuje sociální službu, o kterou zájemce žádá; nemá dostatečnou kapacitu k poskytování sociální služby, o kterou zájemce žádá nebo zájemce nepatří do cílové skupiny, pro kterou je služba určena (Zákon o sociálních službách). Poskytnutí samotné pobytové služby se vylučuje, jestliže zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení; osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo chování osoby by z důvodu duševní poruchy narušovalo závažným způsobem kolektivní soužití. Odmítnutí poskytování pobytové služby na základě duševního onemocnění, které závažně narušuje kolektivní soužití neplatí, pokud jde o poskytování sociální služby v domově se zvláštním režimem (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Přijímání a proces adaptace

V praxi jsou klienti přijímáni na základě formální žádosti o umístění do zařízení a žadatel je předem informován o termínu nástupu. Přijímání nového klienta do domova pro seniory často o pro dotyčného seniora znamená zátěžová situace, kdy je nutno zohlednit jistá rizika. Sociální pracovníci vstupují do kontaktu se žadateli, umožňují návštěvu zařízení, konají sociální šetření v místě bydliště a vstupuje taktéž do kontaktu s blízkou rodinou, která poskytuje informace o potencionálním klientovi. Uzavírají s klientem kontrakt a na základě získaných informací se vypracovává individuální plán péče. Znamka kvalitní a dobré praxe pro přijímání nových klientů, je vypracovaný standard pro přijímání klientů (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010).

Po přijetí klienta následuje adaptační proces, kterému je nutné se důkladně věnovat. Celý proces koordinuje sociální pracovník. Důležitým „záchytným člověkem“ pro nového klienta je klíčový pracovník, který je v užším kontaktu se seniorem, minimálně tedy po dobu počátečního pobytu, a věnuje mu maximální pozornost. Spolu s klíčovým

pracovníkem senior vypracovává individuální plán péče. Individuální plán odpovídá jeho dovednostem, přáním, cílům, zohledňuje zdravotní a duševní stav, napomáhá mu zlepšit postupnými kroky současný stav. Má rovněž časový horizont a na základě individuálních plánů se dá pravidelně hodnotit zlepšení či zhoršení stavu a splnění stanoveného cíle. Klíčový pracovník zároveň klientovi poskytuje dostatek informací o fungování zařízení, jeho harmonogramu a zprostředkovává nové sociální kontakty s ostatními (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010). S výše uvedeným se ztotožňuje i Dvořáčková (2012).

Současně s procesem přijímání a adaptace spolupracuje sociální pracovník s rodinou klienta. Uzavírají mezi sebou kontrakt o rozsahu úkonů, které domov pro seniory přebírá a které zůstávají na rodině/klientovi. Motivuje rodinné příslušníky k návštěvě svého příbuzného, informuje o jeho životě a změnách. V tomto ohledu je nutno brát v potaz, že zařízení nepřebírá veškerou odpovědnost za rodinu a ani ji nezbavuje péče o příbuzného, jeho přijetím do zařízení rozhodně také nekončí rodinné vztahy a povinnost péče rodiny o své rodiče. Rodina hraje důležitou roli v propojení generací, trávení volného času a také se samotným vybavením pokojového prostředí. Umístění blízkého člověka mohou některé rodiny považovat za své selhání v péči a je nutné pomoci rodině se vyrovnat danou situací a udržovat její zájem a spolupráci. Musí mít v povědomí, že pro svého blízkého udělala to nejlepší a stále toho pro svého blízkého mnoho udělat může (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010). Přejít do zařízení lze usnadnit dobrou komunikací. Neexistuje snadný způsob, jak o umístění blízkého do domova pro seniory diskutovat. Realita je taková, že komunikace o tom, že by bylo o blízkého pečováno, bývá jedna z nejtěžších a její neprobírání nevede ke zmizení problému. Jediným účinným způsobem „připravit se“ je diskuse se svým blízkým, která může přinášet pocit úlevy pro obě strany. Při tématu budoucího plánování je důležité naslouchat a podporovat, probrat všechny obavy a pocity související s umístěním do domova pro seniory. Ideálním domovem pro seniory by měl být v blízkém okolí klienta, který není daleko pro všechny jeho známé a svou dostupností umožňuje známým klienta navštěvovat. Mnoho lidí se obává, že až budou umístění do domova pro seniory, tak je jejich rodina postupně přestane navštěvovat. Rodina je stále „pečovatelem“ ačkoliv se charakter jejich práce změnil. Vědí, že je o blízkého postaráno v bezpečném prostředí a mohou se více věnovat socializaci a trávením volného času příbuzného. Při umístění se samozřejmě klient nemusí cítit jako doma a přizpůsobení se nové životní změny není lehké. Na touto fázi je zapotřebí včas reagovat, často komunikovat s blízkými seniora a všemi pracovníky zařízení (Goldstein

Esther, 2021). Kratochvílová Křemenová (2018) uvádí, že prožívání změn ovlivňuje mimo jiné možnost přípravy na změnu. Menší stres způsobuje postupné přijímání nových podmínek než situace, která vyžaduje okamžité a zásadní řešení. Stejně tak jako Goldstein Esther (2021) je autorka Kratochvílová Křemenová (2018) názoru, že nezanedbatelnou roli při adaptaci na změny sehrává možnost sdílení s blízkými osobami. Ať už je ale rozhodnutí k umístění blízkého člověka jakékoliv, nejlepší cestou pro přijímání je nejen jeho dobrovolný souhlas, ale zároveň i veškerá informovanost o zařízení a možnost volby takového zařízení (v nejlepším případě poblíž bydliště, tzn. v prostředí, které je mu známo). Samotný přechod seniora je snadnější, pokud má stále zachovány své sociální vazby, životní styl a kontinuitu svého života. (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010). Výhodou pro posílení pocitu bezpečí a vyšší spokojenosti může být situace, kdy do domova pro seniory společně nastoupí manželský pár či jinak příbuzné osoby (Malíková, 2020).

3 Personál ze sociální oblasti v domově pro seniory

Umístění do pobytového zařízení je považováno za významný a rizikový mezník. Potíží se může stát riziko sociální izolace, ztráta autonomie, ztráta intimity, snížení dosavadní soběstačnosti, adaptační krize. Úskalím můžeme předcházet řádnou diskusí o institucionalizaci počínající v rodině, ale také na straně pracovníků pobytového zařízení, kteří mají být na rizikové situaci připraveni a umět je ve spolupráci s klientem řešit (Vágnerová, 2007). Zákon o sociálních službách nám říká, že odbornou činnost v sociálních službách mohou vykonávat sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Malíková (2020) pracovníky, kteří vykonávají odbornou sociální činnost, rozdělila do čtyř skupin:

- sociální pracovníci – odborná činnost na základě zákona o sociálních službách
- pracovníci v sociálních službách – odborná činnost opět dle zákona o sociálních službách
- nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci – činnost upravená zdravotnickými předpisy
- pedagogičtí pracovníci – činnost dle školských předpisů

Personální zabezpečení domovů pro seniory ke dni 31. 12. 2019 bylo celkem 32 187, z toho pracovní pozice: 1156 sociálních pracovníků, 13 730 pracovníků v sociálních službách, 85 lékařů, 4327 všeobecných sester, 77 ošetřovatelů/sanitářů, 439 dalšího zdravotnického personálu, 3 vychovatelé, 8 speciálních pedagogů, 12 dalších pedagogických pracovníků, 1 manželský/rodinný poradce, 98 další odborní pracovníci (včetně supervizora), 1230 vedoucích pracovníků, 968 administrativních pracovníků, 991 účetních a ekonomů, 8335 obslužného personálu a 655 jako ostatní (Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2019, 2020).

Vzhledem k charakteru zařízení a mému zaměření na pracovníky vykonávající odbornou sociální činnost se budu orientovat na kvalifikaci a činnosti zejména sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a aktivizačního pracovníka.

3.1 Sociální pracovník

Za sociálního pracovníka je považován ten, kdo vystudoval vyšší odbornou školu nebo vysokou školu. Vyšší odborná škola, pro kvalifikaci práce sociálního pracovníka, musí mít zaměření na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost nebo charitní a sociální činnost. Vysokoškolské vzdělání se získává v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku (Malíková, 2020).

Nadřízeným pracovníkem sociálního pracovníka je vedoucí zařízení, vedoucí sociální pracovník. Spolupracuje s vrchní sestrou (popř. vedoucí ošetřovatelské péče nebo vedoucí zdravotně sociálního úseku), všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, aktivizačním pracovníkem aj. (Malíková, 2020). Sociální pracovník má být rovnocenným partnerem v týmu, dokázat klást důraz na sociální hlediska při změnách. Také by se měl angažovat i koncepčním uvažování a funkcích těchto zařízení a podílet se na jeho budoucím směřování. Velmi často se stává, že je sociální pracovník, místo přímého kontaktu s klientem, více zatížen administrativními úkony a jinými formálními záležitostmi klientů (Janečková in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010).

Činnosti sociálního pracovníka v domově pro seniory dle Janečkové (in Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2010):

- administrativní práce (kontakt s úřady, dokumentace, vyřizování příspěvku na péči,..)
- sociální šetření, plánování příchodu do instituce, kontakt se zdravotnickým zařízením, přijímání seniora, kontrakt s klientem a rodinou
- informování veřejnosti a zájemců o domově pro seniory, rozhovory se zájemci
- individuální adaptační plán a plán péče
- programy aktivit, společenské akce, vzdělávací programy
- spolupráce s rodinou
- dobrovolnický program, mezigenerační program
- sociální služby pro klienty (nákupy, korespondence atd.)
- psychosociální pomoc seniorům, socioterapie, reminiscenční terapie, trénování paměti a jiné techniky
- manažerská činnost
- dohled nad dodržováním etického kodexu, lidských práv klientů, práce se stížnostmi klientů
- zajišťování kvality služby (standardy kvality, vzdělávací programy, průzkumy spokojenosti, ...)

Zároveň poskytuje sociální pracovník základní nebo odborné sociální poradenství a pomáhá i v situaci rodinné neshody (Mühlpachr, 2006).

Malíková (2020) činnosti sociálního pracovníka v domově pro seniory uvádí detailněji. Zároveň se blíže věnuje části přijímání, pobyt a ukončení pobytu. Činnosti sociálního pracovníka v domově pro seniory jsou:

- informuje všechny zájemce o sociální službě
- provádí návštěvu v místě bydliště a zápis ze sociálního šetření
- umožňuje návštěvu zařízení, poskytuje informace o zařízení
- poskytuje základní sociální poradenství i mimo svou oblast poskytované služby
- vypracovává návrh smlouvy, informuje o ceníku, domácím a návštěvním řádu, individuálním plánu (formulace cíle, návrh individuálního plánu) a přijímacího průběhu
- je součástí procesu týkající se nejen formalit smlouvy, ale i podpisu aj.
- zajišťuje přijetí nového klienta

- eviduje každého zájemce o službu a stručně zapisuje průběh jednání
- spravuje každodenní databázi klientů v zařízení, eviduje propustky, klienty ve zdravotnickém zařízení a jejich návrat, úmrtí, nové klienty
- pomáhá se žádostmi o starobní/invalidní důchod, žádost o příspěvek na péči, o dávky sociální péče, žádost o vystavení nových osobních dokladů, žádost o přiznání jednorázového příspěvku
- reaguje na změnu ve stupni závislosti klienta, účastní se sociálního šetření ke zjištění rozsahu soběstačnosti
- zastupují při vyřizování určitých záležitostí klienta na základě plné moci na úřadech
- zajišťují možnost účasti na volbách, tlumočnické služby, požadovanou službu klienta v zařízení nebo mimo něj (např. notář), spolupracuje se státní správou
- navrhuje formuláře, zpracovává podklady k vyhodnocení sociálního úseku
- eviduje veškeré potřebné náležitosti pro potřebu statistiky a výkaznictví
- vyřizuje a eviduje podané stížnosti
- poskytuje kontakty na specializované zařízení aj.

Při přijetí nového klienta do zařízení:

- účastní se přijímání nového klienta
- probírá s klientem přijímací proces, zajišťuje podpisy všech nutných dokumentů
- opakovaně informuje o provozu a chodu zařízení
- uvítá klienta do pokoje, seznamuje se spolubydlícím a také s klíčovým pracovníkem
- zakládá osobní spis (obsahuje smlouvu, žádost o přijetí, originál nebo kopie osobního dokladu a další formuláře podepsané klientem) a postupně do něj zakládá důležité písemnosti

Během pobytu klienta:

- dohlíží na adaptační proces
- zaznamenává kontakty s klientem
- kontroluje a sleduje individuální plánování a činnost klíčového pracovníka, podílí se na celém procesu
- v případě potřeby zajišťuje nového klíčového pracovníka
- komunikuje s klienty, příbuznými, blízkou rodinou či pověřenou osobou
- poskytuje sociální poradenství jak klientů, tak i jeho rodinným příslušníkům

- spolupracuje při tvorbě aktivizačních programů
- zjišťuje přání a potřeby klientů, u nekomunikujících klientů využívá technika augmentativní a alternativních technik
- spolupracuje s ostatními pracovníky
- nakupuje osobní potřeby klientům, přebírá a odesílá osobní korespondenci a projednává s klienty kvalitu poskytovaných služeb

Při ukončení pobytu klienta v zařízení:

- předává osobní věci příbuzným, poskytuje jim také sociální poradenství, psychickou podporu a informuje o postupech formalit po úmrtí klienta
- zprostředkovává kontakt na duchovního, psychologa a jiných odborníků, kteří pomáhají s vyrovnáním se se ztrátou blízké osoby
- vyřizuje podklady k provedení finančního vyrovnání úhrad za poskytovanou službu
- při přeložení klienta vypracovává překladovou zprávu
- uzavírá osobní spis klienta, archivuje ho

3.2 Pracovník v sociálních službách

V pobytových zařízeních dle Malíkové (2020) pracují dvě kategorie pracovníků v sociálních službách:

- pracovník vykonávající přímou obslužnou péči (nácvik jednoduchých každodenních činností, podpora soběstačnosti, posilování životní aktivizace, uspokojování psychosociálních potřeb a pomoc při vytváření společenských kontaktů)
- pracovník pro základní výchovnou nepedagogickou činnost (*viz. podkapitola Aktivizační pracovník*)

Zákon o sociálních službách dále definuje pracovníka v sociálních službách jako toho, kdo vykonává nejen přímou obslužnou péči a základní výchovnou nepedagogickou činnost, ale i pečovatelskou činnost v domácnosti a pak pod dohledem sociálního pracovníka základní sociální poradenství, depistážní činnost, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon o sociálních službách).

Přímou obslužnou péči může vykonávat pracovník se základním nebo středoškolským vzděláním a po úspěšném absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Absolvování kurzu však není vyžadováno u fyzických osob, které jsou způsobilé k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel nebo odborná způsobilost k výkonu sociálního pracovníka. Další výjimku mají lidé, kteří jsou vzdělaní v oboru:

- Sociální péče (pečovatelská činnost, sociální činnost pro etnické skupiny)
- Sociální činnost (sociální pečovatelství, sociální vychovatelství, sociální činnost v prostředí etnických minorit)
- Výchovná a humanitární činnost
- Vychovatelství
- Předškolní a mimoškolní pedagogika
- Vychovatelství pro ústavy sociální péče
- Rodinná škola (sociální služby)
- Charitativní služby
- Práce ve zdravotnických a sociálních zařízeních (pečovatelská práce)

(Zákon o sociálních službách; Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Akreditační kurz pro pracovníky v sociálních službách je složen ze dvou částí, obecné a zvláštní. **Obecná část** zahrnuje úvod do problematiky kvality sociálních služeb, standardy kvality; základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivita, metody alternativní komunikace; úvod do psychologie, psychopatologie, somatologie; základy zdravotní péče a první pomoci; etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost; základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě; sociálně právní minimum.

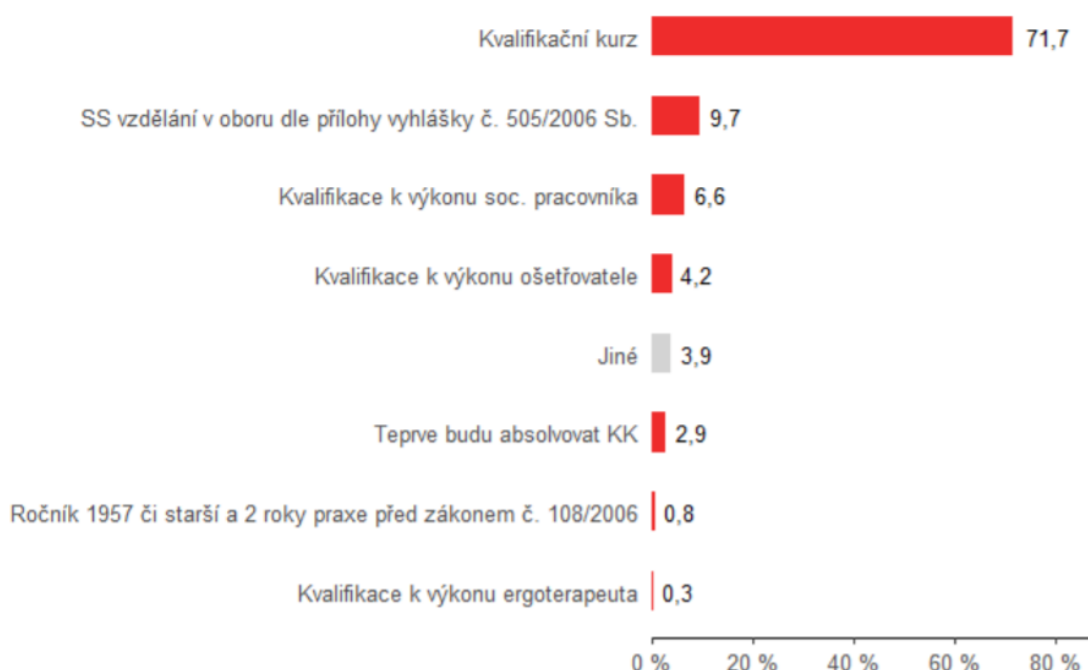
Zvláštní část kurzu se zaměřuje na některé z tematických okruhů, mezi které patří: základy péče o nemocné, základy hygieny, úvod do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění; aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času; prevence týrání a zneužívání uživatelů služeb; odborná praxe; úvod do problematiky zdravotního postižení; zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiné osoby, včetně pravidel šetrné sebeobrany (Vyhláška č. 505/2006 Sb., §37).

Minimální počet výukových hodin je stanovena citovanou vyhláškou na 150, přičemž zvláštní část kurzu činí minimálně 80 výukových hodin. Kurz nemusí absolvovat

zmíněné výjimky. Nadřazeným pracovníkem pracovníka v sociálních službách je vrchní sestra, vedoucí ošetrovatelské péče nebo vedoucí zdravotně sociálního úseku (Malíková, 2020).

Pracovníci v sociálních službách získávají kvalifikaci ve většině případů kvalifikačním kurzem nebo vzděláním v oborech, které mají výjimku z jejího absolvování. Poměrně malá část pracovníků v sociálních službách je vzdělána v oboru sociální práce.

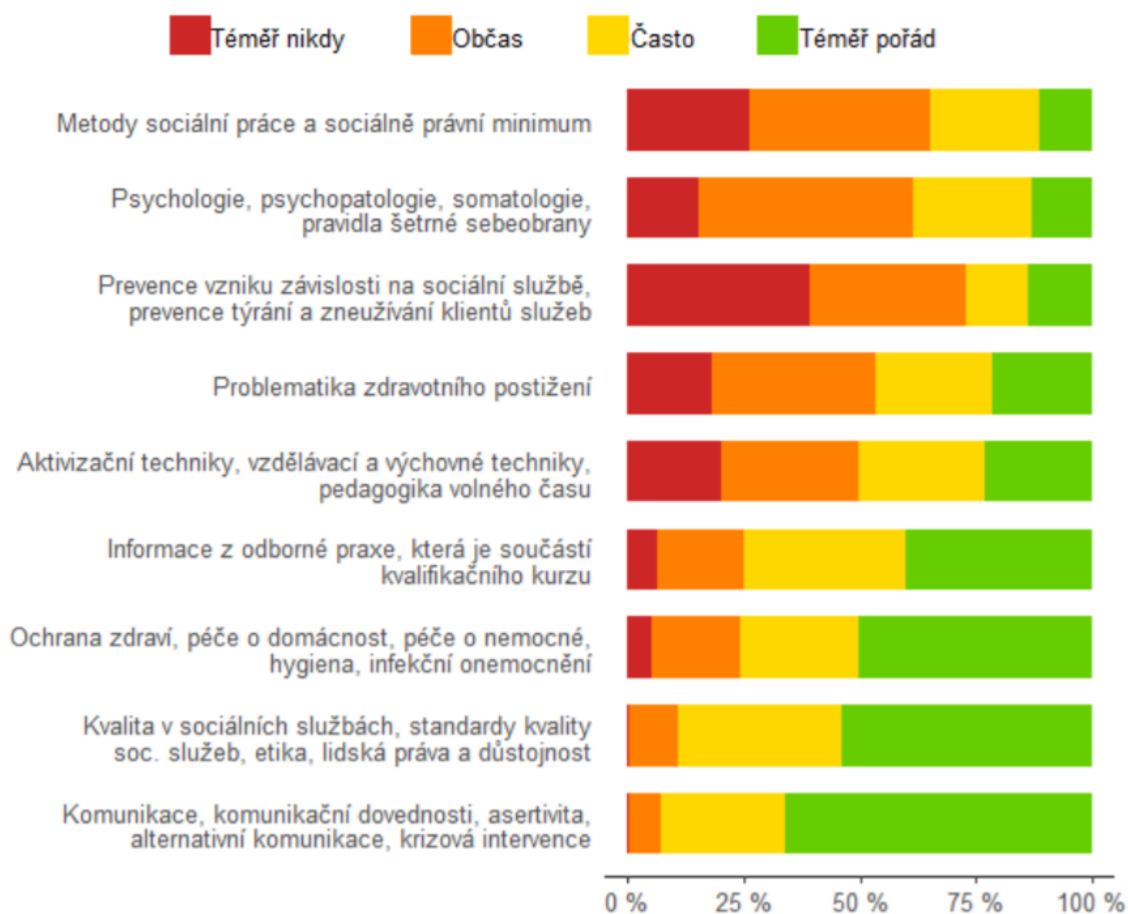
Graf 1 – Způsoby získávání kvalifikace pro výkon pracovníka v sociálních službách



Zdroj: MPSV, Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR, 2019

V případě, že se dále zaměříme na samotný obsah kvalifikačního kurzu pracovníků v sociálních službách, tak můžeme vidět, že nejméně využitelnou součástí v praxi je téma prevence vzniku závislosti na sociální službě, prevence týrání a zneužívání klientů služeb. Naopak za nejvíce využitelnou část kurzu v praxi považují pracovníci v sociálních službách komunikaci, komunikační dovednosti, asertivita, alternativní komunikace a krizová intervence.

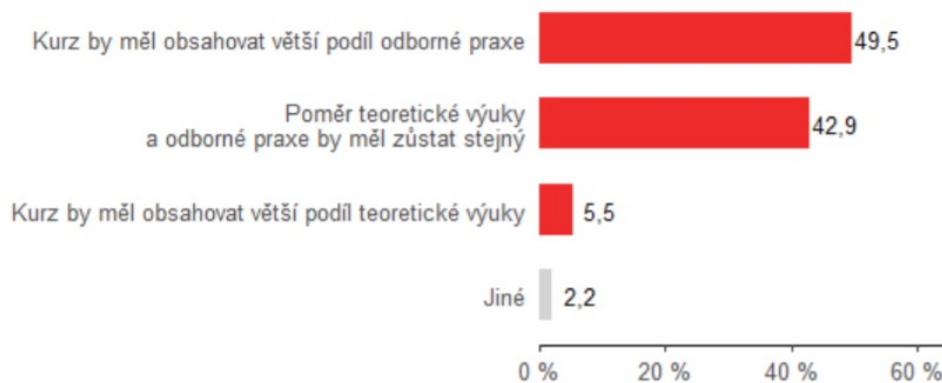
Graf 2 – Praktická využitelnost tematických okruhů kvalifikačního kurzu



Zdroj: MPSV, Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR, 2019

V názorech na podíl praxe a teorie kurzu pracovníka v sociálních službách se její absolventi rozcházejí. Jedna skupina by si přála, aby kurz obsahoval větší podíl praxe. Druhá skupina ve skoro srovnatelném zastoupení hodnotí, že by kurz měl zůstat ve stejném podílu praxe a teorie jako doposud. Jen malá část si myslí, že by měl obsahovat více teoretické výuky.

Graf 3 – Podíl teorie a praxe kvalifikačního kurzu pracovníka v sociálních službách



Zdroj: MPSV, Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR, 2019

Od akreditačního kurzu a jeho hodnocení pracovníky v sociálních službách se postupně dostáváme ke konkrétním činnostem, která tato pozice obnáší. ***Činnosti, které pracovník v sociálních službách pro přímo obslužnou péči poskytuje dle vyhlášky č. 505/2006 Sb., a to pomoc:***

- při ubytování, úklidu, s prádlem
- při příjmu stravy (podávání, servírování, kultura stolování, úprava ke stolování, krájení, ...)
- zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (oblékání, svlékání), manipulaci se speciálními pomůckami, při přesunu na lůžko či vozík, dohled/doprovod mobilního klienta, polohování, dostupnost nápojů/jídla
- s osobní hygienou nebo zajištění podmínek k provedení osobní hygieny klientem (připravuje hygienické potřeby, ručník, žínku, čisté oblečení, dohlíží na kvalitu vykonávané hygieny), hygienu provádí i klientovi sedícímu či ležícímu na lůžku a imobilním klientům (celková koupel, péče o vlasy, nehty, holení, pedikúra, manikúra, pomoc při vyprazdňování dopravou na WC, instalace pomůcek k vyprazdňování do lůžka nebo k lůžku, komplexní péče o inkontinentní klienty)
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (dopravuje klienta ke společenským a volnočasovým aktivitám, doprovod na zahradu, procházku, nabídka televize, rádia, doprava na bohoslužbu, ...)

Příklady konkrétních činností, které pracovník v sociálních službách vykonává dle Malíkové (2020):

- úklid pokojů, včetně dezinfekce použitých pomůcek a stará se o čisté i použité osobní a ložní prádlo
- pomáhá s příjmem potravy klientů, příprava jídla ke konzumaci
- polohování klienta na lůžku, péče o lůžko
- pomáhá při pohybových aktivitách
- pomoc při spánku a odpočinku (signalizace na dosah klienta, úprava lůžka, pomůcky v lůžku, vyvětrá místnost, ...)
- pomoc s oblékáním, výběrem vhodného oblečení, s náročnou manipulací (zip, knoflík), obouvá/zouvá, podává/skládá oblečení
- sleduje a poskytuje pomoc s osobní hygienou, upraveností těla a péčí o pokožku
- odstraňuje rizikové překážky v prostředí klienta, podílí se na optimálním léčebném prostředí
- hygienická péče v souvislosti s vyprazdňováním, pod dohledem provádí ošetrovatelskou péči
- sleduje projevy chování, samostatnosti a aktivit klienta
- pečuje o umírajícího a poskytuje psychickou podporu
- provádí péči o zemřelého (připravuje osobní předměty k předání rodině), dezinfikuje a uklízí pokoj zemřelého
- je klíčovým pracovníkem a tvoří s klientem individuální plán a návrh činností, vede o něm záznam
- u nekomunikujících klientů využívá techniky alternativní a augmentativní techniky, zjišťuje jejich potřeby a spolupracuje s blízkými klienta
- dle potřeb klientů používá aktivizační a stimulační prvky
- využívá při komunikaci emoční inteligenci

Pracovník v sociálních službách vykonává mimo zmíněné příklady další činnosti, které vyplývají z obsahu uzavřené pracovní smlouvy. Co se týče subjektivního hodnocení charakteru práce pracovníka v sociálních službách, tak dle dotazníkového šetření pracovníků v sociálních službách v registrované sociální službě na území ČR z listopadu 2018 nejčastěji uvádějí, že mají přísná pravidla chování vůči klientům, vysokou zodpovědnost a náročnost své práce. Zároveň také uvádějí, že jejich práce je poměrně pestrá, ale klade vyšší nároky na kvalifikační i další vzdělání (MPSV, 2018).

3.3 Aktivizační pracovník

Posláním aktivizačního pracovníka je (s ohledem na technické možnosti organizace a předpoklady pro výkon konkrétních metod aktivizace) pořádat zájmové činnosti klientů přizpůsobených jejich možnostem a zvyklostem, které jsou do jisté míry ovlivňovány schopnostmi a zdravotním stavem. Aktivizační pracovník poskytuje psychickou podporu, psychickou úlevu, rozptýlení, je klientovi komunikačním partnerem. Přispívá k udržování potenciálu klientů zájmovými činnostmi zejména v oblasti jemné motoriky, motivace, mentálních funkcí aj. Přizpůsobuje zájmovou činnost momentálním možnostem zařízení a průběžně se vzdělává a seznamuje s novými metodami aktivizační práce, které průběžně aplikuje. Obsah zájmových činností se zajišťuje z poznatků potřeb klientů ve spolupráci se všemi členy personálu zařízení i s dalšími lidmi z okolí klienta, které může podávat podněty. Aktivizační programy se vytváří tak, aby bylo možné jeho prostřednictvím uspokojovat systematicky poznávané potřeby klientů a spolupracovat opět nejen s klientem, ale i jeho okolím včetně personálu zařízení. Součástí práce aktivizačního pracovníka je i individuální komunikace a provázení klientů při výkonu běžných aktivit s cílem poskytnout jim žádoucí, příznivé podněty a stimulovat potenciál jejich psychiky. Nedílnou součástí při zajišťování a provádění aktivizační činnosti je spolupráce se sociálním okolím klientů, zejména pak s příbuznými nebo blízkými osobami, se kterými klient udržuje spontánní vazby (Musil, Kubalčíková, Kubínová, 2006).

Aktivizační činnost v domově pro seniory je popsána v rámci pracovní náplně pracovníka v sociálních službách a je jí také věnována zvláštní část kurzu pro pracovníky v sociálních službách. Orientuje se na aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky, základy pedagogiky volného času (Malíková, 2020). Zákon o sociálních službách popisuje aktivizační činnost jako *základní výchovnou nepedagogickou činnost*. Pracovník prohlubuje a upevňuje hygienické a společenské návyky, podílí se na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, aktivit a zručnosti, vykonává volnočasové aktivity zaměřené na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a také podporuje výtvarné, hudební a pohybové schopnosti. Zajišťuje zájmové a kulturní činnosti. V tomto zákoně je aktivizační činnost definována jako jedna ze základních činností domovů pro seniory a aktivizační činnost mohou provádět pracovníci v sociálních službách pod dohledem sociálního pracovníka. Vyhláška č. 505/2006 Sb. rozepisuje dále aktivizační činnosti jako poskytování volnočasových a zájmových aktivit, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Předpokladem pro výkon základní výchovné nepedagogické činnosti je ukončené střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách.

Dotazníkové šetření pracovníků v sociálních službách v registrované sociální službě na území ČR z listopadu 2018 ukazuje, že toto minimální vzdělání bývá také nejčastěji uváděno jako nejvyšší dosažené vzdělání pracovníků v sociálních službách (MPSV, 2018).

Výjimku z absolvování akreditačního kurzu mají fyzické osoby, které jsou způsobilé k výkonu povolání sociálního pracovníka nebo jsou způsobilé k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut. Ergoterapie má za jeden z hlavních cílů rozvíjet a podporovat v maximální možné míře zdraví jedince, které vychází nejen z jeho vlastních potřeb, ale i z potřeb nejbližšího okolí. Dále rozvíjí, podporuje, zlepšuje (případně udržuje) kondici a zabraňuje či minimalizuje dysfunkční výkon. Cíle ergoterapie se odvíjí od individuálních potřeb klienta a jeho přání a také z rehabilitačního plánu. Ergoterapeut využívá činnosti a specifická zaměstnávání, aby člověka udržel činný. Svou orientací na studium a uplatňování smysluplného zaměstnávání a činností se odlišuje od ostatních profesí. Zároveň jde o zdravotnický obor, který se prolíná se sociální oblastí (Krivošíková, 2011).

Ergoterapie se dle Krivošíkové (2011) zaměřuje na:

- nácvik pracovních dovedností – uplatňuje se zejména u dospívajících a lidí v produktivním věku
- nácvik všedních denních činností – nácvik dovedností vedoucích k nezávislosti v běžném životě (pomoc s hygienou, mobilitou, oblékáním, ...)
- poradenství – poskytování informací (o postižení, kompenzačních a technických pomůckách, ...)
- ergoterapie zaměstnáváním – odpoutání od nepříznivého vlivu onemocnění/stavu, snaha o udržení dobré psychické a fyzické kondice
- ergoterapie funkční – intenzivní procvičování postižené oblasti (senzomotorická, kognitivní, psychosociální činnost)

Akreditovaný kvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách nemusí absolvovat i jiné fyzické osoby, které mají střední vzdělání v oboru:

- Sociální péče (pečovatelská činnost, sociální činnost pro etnické skupiny)
- Sociální činnost (sociální pečovatelství, sociální vychovatelství, sociální činnost v prostředí etnických minorit)

- Výchovná a humanitární činnost
- Vychovatelství
- Předškolní a mimoškolní pedagogika
- Vychovatelství pro ústavy sociální péče
- Rodinná škola (sociální služby)
- Charitativní služby
- Práce ve zdravotnických a sociálních zařízeních (pečovatelská práce)

(Zákon o sociálních službách; Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Aktivizační pracovníci a vedoucí pracovníci se shodují na tom, že ***za dostačující kvalifikaci aktivizačního pracovníka je oborově nspecifické, středoškolské vzdělání doplněné či podpořené vzděláváním dovedností v konkrétním typu zájmové činnosti a schopností „práce s lidmi“***. Většina expertů doporučuje, aby byl aktivizační pracovník vzdělán na úrovni vyšší odborné či vysokoškolské úrovni, které by mělo být doplněné dalším vzděláváním. Další vzdělávání by mělo být doplňujícím vzdělávacím programem, který je zaměřen na psychosociální poznatky a dovednosti, na individuální poznávání klientů nebo náplň aktivizační činnosti. Specializační vzdělávání vyšších odborných škol či vysokých škol by mělo být doplňováno a komplexně zaměřeno na otázky práce se seniory (Musil, Kubalčíková, Kubínová, 2006). Novotná (2014) také doporučuje ve vzdělání aktivizačních pracovníků vyšší odborné či vysokoškolské studium. Dodává, že studium by mělo být v oborech jako je například ergoterapie, speciální pedagogika, sociální pedagogika, arteterapie, gerontologie apod. Za stěžejní považuje, aby vzdělání aktivizačních pracovníka bylo zaměřeno na specifika práce se seniory a na základní povědomí o fyziologii stáří a projevech nejčastějších onemocnění seniorského věku (Novotná, 2014).

Musil, Kubalčíková a Kubínová (2006) hodnotí oborově nspecifické, středoškolské vzdělání doplněné či podpořené vzděláváním dovedností v konkrétním typu zájmové činnosti a schopnosti „práce s lidmi“ za průpravu odpovídající odborně neškolenému „vedoucímu zájmového kroužku“. Taková průprava má za své úskalí to, že stěží rozpozná komplexní psychosociální potřeby, zvyklosti a potíže různorodé cílové skupiny. Za vysoce pravděpodobné považují nejen neznalost indikace spektra potřeb, zvyklostí a potíží, ale i to, že o většině z nich nic netuší a neumí je pojmenovat. Tím pádem „vedoucí zájmového kroužku“ nedokáže nabídnout potřebám klientů odpovídající nabídku zájmových činností nebo jejich individuální modifikaci. Svou omezenou schopností považovat za důležité a

zjišťovat široké spektrum potřeb a zájmů klienta a omezená schopnost nabídky zájmové činnosti zvyšuje šanci, že si aktivizační pracovníci s průpravou „vedoucího zájmového kroužku“ rozdělí na základě subjektivity klienty na „aktivní“ a „pasivní“. „Aktivní“ klienty hodnotí jako klienty, jimž nabízená zájmová činnost vyhovuje a mezi „pasivní“ jeho opak, tudíž aktivity této skupině klientů nevyhovují. Toto nálepkování může zapříčinit pěstování potenciálu a uspokojení potřeb pouze části klientů a zbytek klientů je pak systematicky, byť i nevědomě, zanedbáváno. V některých případech lze potřeby, zvyklosti a potíže empaticky vnímat, ale ve svém důsledku může spoléhání se na empatii a intuici vést opět k zanedbání potřeb a potíží klientů (Musil, Kubalčíková, Kubínová, 2006).

Musil, Kubalčíková a Kubínová (2006) v době před 15 lety již ve své práci upozorňovali, že je nutné brát v potaz skutečnost, že ne každý domov pro seniory si může dovolit zřídit speciální pozici aktivizačního pracovníka. Dle jejich názoru jde zejména o menší domovy pro seniory, které mají omezené zdroje a malý počet. Může jít například o situaci, kdy aktivizační pracovník je součástí pracovní pozice pracovníka v sociálních službách. Závěrečná zpráva z dotazníkového šetření pracovníků v sociálních službách, poskytovatelů sociálních služeb a vzdělávacích subjektů (MPSV, 2018) ukazuje, že se v případě sloučení těchto dvou pracovních pozic dostává na vzdělávací, výchovnou a aktivizační činnost až po činnostech jako jsou poskytování stravy nebo pomoc při jejich zajištění, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a nácvik samostatnosti a soběstačnosti. Vzhledem k této dominantní pečující pracovní náplni pak může být odpovídající i budoucí volba tématu při dalším vzdělávání pracovníků v sociálních službách, kterým by bylo dle preferencí pracovníků v sociálních službách téma aktivizace a motivace klientů.

Graf 4 – Žádaná témata dalšího vzdělávání



Zdroj: MPSV, Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR, 2019

Shrneme-li definování pozice aktivizačního pracovníka v domově pro seniory dle zákona o sociálních službách a související vyhlášky č. 505/2006 Sb., tak nám zákon a vyhláška určují, že aktivizačním pracovníkem může být sociální pracovník, ergoterapeut, absolvent akreditačního kurzu pracovníka v sociálních službách a člověk s ukončeným středním vzděláním ve výše zmíněných oborech. Samozřejmě nejde o veškerý výčet profesí, které se aktivizační činnosti věnují. Například Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky v rámci Doporučeného standardu kvality pro domovy pro seniory ČR (2015) doporučuje pro výkon aktivizační činnosti odborné pracovníky (vyjma aktivizačních pracovníků) pedagogické pracovníky či terapeuty.

4 Aktivizace

Aktivizace je nedílnou součástí sociální a ošetrovatelské péče v domovech pro seniory a nezbytná k prohloubení a udržování osobních předpokladů vedoucí k psychickému a fyzickému zdraví. Stává se nejvýznamnějším prostředkem ke zvyšování kvality života, jelikož se odvíjí od uspokojování všech potřeb. Na aktivizaci se v domovech pro seniory podílí především sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a ze zdravotní oblasti pak mohou aktivizovat i všeobecné sestry (Motlová et al. 2019: 68). Je součástí práce s klienty, kdy je nutné volit aktivizační programy na základě konkrétních specifik ve spolupráci s klienty a jejich blízkými. Rodina může poskytnout cenné informace o dosavadních zálibách klienta, od kterých se pak může odvíjet i charakter aktivizační činnosti (Venglářová, 2007). Aktivizace ale musí plně respektovat přání a potřeby každého jedince. Důraz se klade na nalézání motivace jak pro krátkodobé, tak i dlouhodobé cíle a na možnost radovat se ze svých úspěchů a posilovat sebeúctu (Langmeier a Krejčířová, 2006). Malíková (2020) považuje za smysl aktivizační činnosti nalezení adekvátních aktivizačních a stimulačních podnětů, které pomohou klienta zapojit do sebepéče, uvědomění svých potřeb, mobilizaci sil a zejména k minimalizaci závislosti na druhé osobě. Kvalitní aktivizační činnost podporuje důstojnost člověka včetně důstojného prožívání stáří, uspokojení a radost. Volí vhodnou komunikaci s uživatelem služby a uplatňováním případných podpůrných metod ho zapojuje do různých činností. Pečovatel by měl v rámci svých kompetencí umět aktivizovat a podporovat nejen fyzické potřeby, ale i psychosociální (Malíková, 2020). U seniorské populace trénujeme zejména kognitivní funkce, smysly, paměť. Cílem aktivizace je udržet či zlepšit stávající dovednosti, naplnit volný čas (prevence), časovou náročností předcházet nevyžádaným formám chování (nadměrný čas strávený v lůžku, na pokoji, bloudění po chodbách apod.), pomáhat v navazování a prožívání sociálních vztahů, podporovat sounáležitost klientů k sociálnímu prostředí, ve kterém žijí. Jedním z cílů je i motivace seniorů povzbuzující psychickou a fyzickou oblast. Za určitý druh aktivizační činnosti můžeme považovat i pomoc ošetrovatelského personálu při běžných denní aktivitách (například oblékání, osobní hygiena). Tyto aktivity posilují životní aktivity seniorů, zvyšují soběstačnost, mají pozitivní vliv na emoční stav člověka (pocit důstojnosti, uplatní se, zvýšené sebevědomí), předchází imobilizačnímu syndromu a zapojují do pohybových a volnočasových aktivit (Motlová et al. 2019: 68). Aktivizační činnost by měla ve výsledku nacvičovat a zlepšovat

sociální, motorické a psychické dovednosti; pomáhat s udržením kontaktu s přirozeným sociálním prostředím a zahrnovat volnočasové a zájmové aktivity (Malíková, 2020).

Aktivizační činnost lze provádět individuálně i skupinově. Při individuální aktivizační činnosti se aktivizační pracovník věnuje klientovi intenzivněji. U skupinových aktivit se musí pracovník věnovat všem účastníkům, ale zároveň díky skupinovým aktivitám se mají možnost účastníci navzájem poznat, prohloubit vztahy, udržovat sociální dovednosti, poznat jiné názory atd. (Mlýnková, 2017). Společné aktivity zlepšují jednak vládu nad pamětí a tělem, a jednak zlepšuje schopnost, na kterou se aktivita zaměřuje. Aktivitami se zlepšuje nálada a také umocňuje důvěru v personál (Venglářová, 2007). Snižuje se závislost na druhých osobách, podporuje se pravidelný program a v rámci skupinových aktivit upevňuje vzájemné vztahy s ostatními účastníky (Mlýnková, 2017). Aktivizační činnost systematicky zjišťuje a organizuje uspokojování potřeb seniorů v oblasti zájmových aktivit k tomu určeným pracovníkem (Musil, Kubalčíková, Kubínová 2006).

Langmeier a Krejčířová (2006) sice upozorňují na možnost, že za extrémních okolností lze z aktivizace vytvořit nástroj pro týrání seniorů, nejčastěji v institucionálních zařízeních, ale v praxi se spíše setkáváme s nedostatečnou příležitostí k aktivizaci a postupné deprivaci podnětů. V tomto světle by měla být nabídka aktivit různorodá, činnosti se střídát a nesmí být pro klienta ponižující nebo ho nudit. Nabídka aktivit odpovídá přiměřené časové náročnosti, odvíjí se od schopností a možností klienta a snaží se naplňovat zároveň i jeho cíle. Tyto činnosti mají smysl, pokud se konají pravidelně a znamenají pro klienta přínos (Mlýnková, 2017). Novotná (2014) proto uvádí následující zásady, které je nutné při aktivizaci dodržovat:

- časová pravidelnost aktivit
- aktivity neorganizovat hned po jídle, ale nejdříve hodinu po jídle
- dobrovolnost, možnost pasivní účasti na aktivitách
- vhodná skladba aktivit
- odpovídající náročnost přizpůsobená klientům
- ohled na schopnosti a možnosti klientů
- vhodné prostředí
- omezení rušivých elementů
- integrace aktivizačních činností i do běžného života klienta

Aktivizace s sebou přináší i svá rizika. Proces aktivizace může být ovlivňován věkem klienta, motivací, podporou blízkých lidí, druhem a stupněm postižení/nemoci, podpůrnými pomůckami, přijetím zdravotního stavu, mírou spolupráce se zaměstnanci zařízení aj. Musí se volit takové aktivity, které odpovídají potřebám jedince (Mlýnková, 2017). Aktivizační pracovník musí být připraven na to, že aktivizační činností může dojít ke zdůraznění slabých stránek klienta, což může vést k demotivaci a nízké sebedůvěře. Někdy se i vybavují aktivizačními činnostmi nepříjemné vzpomínky. Občas mohou být skupinové aktivizační programy narušeny kvůli antipatiím některých účastníků. Nutno brát v potaz individuality klientů, aktivizace se zúčastňují i klienti s nižším tempem vyžadující méně náročnou aktivizační činnost, která pak ale může být pro některé nudná. Ideálně vytvořený a prováděný aktivizační program zachovává autonomii klienta, podporuje verbální i neverbální komunikaci, zlepšuje psychiku, podporuje psychickou odolnost, zlepšuje/udržuje kvalitu kognitivních funkcí, zlepšují/udržují hrubou a jemnou motoriku (Novotná, 2014).

Před 15 lety autoři Musil, Kubalčíková a Kubínová (2006) aktivizaci pro seniory představovali tak, že se v zájmových činnostech pro jednotlivce i skupiny budou odrážet psychické, sociální, poznávací a spirituální potřeby, což už Motlová a kol. (2019: 68) považují za současný trend ve zdravotní a sociální péči v domovech pro seniory. Individuální péče se již zaměřuje na biologické, psychologické, spirituální, sociální potřeby. Přechází se od konceptu obrovského množství činností a služeb pro klienty k jeho potřebám a vytváření nabídky šité na míru uživateli domova pro seniory. Také se zdůrazňuje respekt k člověku. Individuální přístup k uživatelům v domově pro seniory v oblasti aktivizace je klíčovým principem sociální práce.

4.1 Aktivizační program

Výčet aktivizačních činností je obsažen v aktivizačním programu. Aktivizační program by pak měl obsahovat reflektování celého průběhu dne, aktivit. Pracovník se zaměřuje na to, jak klient trávil den a informace případně klientovi doplňuje, ale nekonfrontuje. Program by měl obsahovat aktivity na podporu paměti (otázky na zprávy v novinách, rádiu, na děj filmu...) a zapojující kognitivní funkce (například společenské hry). Všechny každodenní činnosti jsou využity k tréninku (příprava věcí na hygienu, stravování...) a společně s klientem se plánují úkoly, které má za den zvládnout. Nesmí se opomíjet ani oceňovat snahu klienta (Venglářová, 2007). Aktivizační programy ideálně zvyšují soběstačnost seniorů, ale ve většině případů jde zejména o zachování soběstačnosti,

což lze také předpokládat za úspěch. Soběstačnost se vyznačuje ať už fyzickou, psychickou či emocionální samostatností. Procesem stárnutí se každému z nás tato nezávislost pomalu, ale jistě snižuje v různých složkách. Důležitým cílem u této cílové skupiny je umět se sám o sebe postarat, tzn. sebeobsluha. V praxi dochází vzhledem k časové vytíženosti pracovníků k chybné „pomoci“, kdy například podávají stravu seniorovi, který je ale schopen najíst se sám. Správná praxe by měla nechat vykonávat seniora všechny činnosti, které může dělat, ačkoliv tato činnost zabírá více času, než je běžné. Jak jsem již zmínila, je pro seniora důležité, byť činnost jeví se jako banální záležitost, být nezávislý na pomoci druhých. Bohužel nemálo seniorů přistupuje k aktivizaci pasivně, proto je zapotřebí ze strany pracovníka nenásilně seniora motivovat a snažit se aktivity vytvořit dle jeho preferencí a schopností. Opakem jsou senioři, kteří byli zvyklí žít aktivním způsobem života a jejich aktivitu v určitých ohledech tlumit. Může působit kontraproduktivně, a naopak jejich fyzické schopnosti ublížit (Haškovcová, 2012).

Aktivizační program uspokojuje potřeby seniorů, udržuje je ve fyzické i mentální aktivitě, rozvíjí kreativitu, zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a tím přispívá k celkovému zlepšování kvality života seniorů. Probíhá na úrovni léčebné či preventivní a zaměřuje se na důsledky a projevy stáří, které mají negativní dopad na klienta. Změny ve stáří jsou blíže popsány v kapitole 1.1. Aktivizační program probíhá zejména v zařízeních pro seniory, nejčastěji v domovech pro seniory, nebo v denních stacionářích. Programy vytváří a provádí aktivizační pracovníci a využívají v nich různé aktivizační techniky jako (Novotná, 2014):

- kognitivní trénink
- reminiscenční terapie
- kreativní techniky/arteterapie
- pohybová terapie
- senzorická stimulace
- pet-terapie
- muzikoterapie
- biblioterapie, filmoterapie
- soutěže, společenské a stolní hry, turnaje
- činnosti nacvičující běžné denní aktivity (například terapeutické vaření)
- další

Kognitivní trénink

Kognitivní trénink rozvíjí, aktivuje a procvičuje mozkové funkce. Probíhá formou různých cvičení nebo aktivit zaměřených na konkrétní mozkové funkce (paměť, pozornost a koncentrace, rychlost myšlení, porozumění informacím, exekutivní funkce, expresivní schopnosti, prostorová orientace a vnímání), (Novotná, 2014).

Pohybová terapie

V rámci aktivizace se využívá především léčebná tělesná činnost a kinezioterapie, taneční terapie. Léčebná tělesná činnost je uzpůsobena potřebám cílové skupiny nebo jednotlivce. Zaměřuje se kondičně či terapeuticky a jejím cílem je obnova nebo zlepšení postižených funkcí, případně udržení funkcí stávajících. Často jsou využívány pomůcky. Kinezioterapie je založena na předpokladu vzájemného ovlivňování psychiky a motoriky, a to oběma směry. Pohybové programy vychází z tělesných cvičení, sportů a pohybových her. Cílem je zmírnění nebo odstranění psychických a psychosomatických příčin a problémů. Taneční terapie vůbec neklade důraz na estetickou stránku, naopak si klade za cíl zlepšení emoční, sociální, kognitivní a pohybové integrace člověka. Provádí se vsedě, na židli, na vozíku, uzpůsobuje se fyzickým potřebám klienta (Novotná, 2014).

Kreativní techniky/arteterapie

Kreativní techniky zlepšují psychický stav a posiluje pocit sebeuplatnění. Vybírají se správné techniky s ohledem na schopnosti a dovednosti seniorů, častokrát se kreativní technikou trénují i fyzické schopnosti. U výtvarných technik je někdy obtížné klienty motivovat. Příklady výtvarných technik jsou malování, ubrousková technika, koláže, batikování, otiskování na papír či látku, navlékání korálků, ... (Novotná, 2014).

Reminiscenční terapie

Jde o terapii vzpomínáním, která využívá ke stimulaci a aktivizaci dlouhodobou paměť. V českém prostředí probíhá spíše ve skupinové formě, její průběh a výsledcích se odvíjí od schopnosti a osobnosti terapeuta, ale i na spolupráci klientů. Pomáhá pochopit osobnost klienta. V domovech pro seniory vznikají tzv. reminiscenční místnosti, které jsou vybaveny dobovým vybavením a předměty z dob minulých (Novotná, 2014).

Senzorická stimulace

Senzorická stimulace úzce souvisí s kognitivním tréninkem a reminiscencí. Může být čichová, chuťová, zraková, sluchová nebo hmatová. Ideální praxí je technika *snoezelen*, která probíhá ve speciálních místnostech. Vybavení místnosti umožňuje stimulaci všech smyslů najednou či odděleně. Metoda je vhodná u klientů s demencí (Novotná, 2014).

Soutěže, společenské a stolní hry, turnaje

Soutěže, společenské a stolní hry a turnaje umožňují kontakt se společenským prostředím, socializaci a zábavnou formu využití již zmíněných druhů aktivizace jako kognitivní trénink, kinezioterapii, reminiscenci, kreativní techniky. Jde o hry jako bingo, pexeso, domino, puzzle, karty, kostky, kuželky, pétanque, vědomostní a stolní hry, šipky, ... (Novotná, 2014).

Pet-terapie

Pet-terapie je terapie pomocí zvířat, která slouží k podpoře psychosociálního zdraví a lze ji provádět jak individuálně, tak i skupinově. Zvíře může být rezidenční nebo do zařízení dochází externí terapeut a zvíře. Má pozitivní vliv na psychiku, kardiovaskulární systém, hrubou a jemnou motoriku, stimuluje smysly (Novotná, 2014).

Muzikoterapie

Terapie hudbou probíhá pasivně i aktivně. Aktivní muzikoterapie probíhá jako rytmické cvičení, zpěv, hudební kvíz, poznávání ukázek písní apod. U pasivní formy se při hudbě relaxuje a poslouchá. Muzikoterapie se také propojuje s ostatními aktivizačními technikami (reminiscence, pohybové cvičení, kognitivní cvičení), (Novotná, 2014).

Biblioterapie, filmoterapie

Biblioterapie a filmoterapie jsou ve své podstatě dost podobné. Biblioterapie je charakteristická jako léčba knihou, filmoterapie jako léčba filmem. Využívají se léčebné a podpůrné účinky knihy a filmu. Tato technika pracuje s emocemi, posiluje psychickou odolnost, rozvíjí fantazii, kritické myšlení a komunikační dovednosti. U klientů s poruchami paměti se využívají kratší povídky a pověsti, ne knihu na pokračování (Novotná, 2014).

Činnosti zaměřené na nácvik denních aktivit, např. terapeutické vaření

Skupinové vaření nebo pečení je v zařízeních velice rozšířené, probíhá nejčastěji skupinovou formou. Terapeutické vaření vede aktivizační pracovník, jednotlivé činnosti klientům rozděluje a přiděluje. Trénují se kognitivní funkce (pamatování si postupu, přísad, vážení...), hrubou a jemnou motoriku (manipulace, míchání, krájení, loupání...). Má svůj vliv i na psychiku (užitečnost klienta) a lze využít i sensorickou stimulaci (vůně, chuť, struktura). Mimo zmíněné spolu klienti při této technice spolupracují, komunikují a integrují se (Novotná, 2014).

Další činnosti

Do dalších činností můžeme zařadit posezení u kávy/čaje, oslavy narozenin/jmenin, procházky, výlety, oslava svátků (Vánoce, Velikonoce), mezigenerační aktivity, jednoduché práce na zahradě atd. (Novotná, 2014).

Zmíněné aktivizační techniky podporují klienta na *úrovni mentální, psychické či sensorické*. Aktivizace podporující mentální schopnosti je součástí každodenního režimu. Mentální schopnost podporuje cvičení paměti, kognitivní trénink a reminiscence. Pro trénování kognitivních funkcí je vhodné pravidelně číst a opakovat jednoduché texty, cvičit početní dovednosti, luštit křížovky, přesmyčky, slova s opačným významem, sledovat společenské dění a aktuality, které se poté rozebírají. Aktivizaci podporující fyzické schopnosti pojmají rehabilitační, sebeobslužné a výchovné činnosti. Rehabilitační cvičení je individuální a vychází z klientova zdravotního stavu. V rámci sebeobslužných činností se zaměřuje na aktivity sloužící ke znovunabytí schopností postarat se sám o sebe. Příkladem je oblékání a svlékání oblečení, příjem jídla, hygienická péče a vyprazdňování. Součástí je i vaření/pečení, což bývá častou součástí aktivizačních programů. V této oblasti existuje obrovské množství aktivizace klienta. Výchovné činnosti zahrnují různé výtvarné techniky (kreslení, malování, výroba předmětů, ...). Aktivizace zaměřující se na podporu sensorické schopnosti stimuluje smysly pomocí různých pomůcek a materiálů. Pomáhá klientům s poruchami paměti i klientům, kteří mají zachované kognitivní schopnosti. Stimuluje se hmat, sluch, čich a zrak (Mlýnková, 2017).

4.2 Komunikace

Aktivizace nezahrnuje jen samotné konkrétní činnosti a aktivizační techniky, které pro ně kompetentní osoba vymýšlí, připravuje a realizuje. Podstatnou součástí je komunikace mezi pracovníkem a seniorem, která je založena na vzájemném pochopení.

Důsledkem moderního soužití se od sebe vzdaluje generace seniorů a mladších, čímž vzniká skupina seniorů, která nemá co říct mladším lidem a mají pocit, že o jejich moudra, zkušenosti a názory nikdo nestojí. Tato propast se týká i profesionálních pracovníků, která má za důsledek vážnou porozumění mezi profesionálním pracovníkem a seniorem. Nepochybně si každý profesionální pracovník uvědomuje důležitost komunikace a jak ji provádět. V sociálních službách však narážíme spíše na komunikaci technickou, naučenou, vyžadující bezchybnost. Tou se bohužel ztrácí pravá pointa veškeré komunikace. Smysl sdělovaného je daleko důležitější než její forma, protože vede ke vzájemnému porozumění. Právě na obsah sdělení bychom se měli při komunikaci se seniorem zaměřit (Haškovcová 2012). Předpoklady aktivizačního pracovníka pro komunikaci s klientem je schopnost klientovi aktivně naslouchat, rozpoznávat klientův pohled na svět, přizpůsobovat mu témata a způsob komunikace, komunikovat s různou mírou motivace ke komunikaci a zvládat komunikativní situaci ovlivněnou napětím mezi potřebou respektovat pasivní stanovisko klienta a potřebou podněcovat ho k činnosti v rámci jeho možností i schopností (Musil, Kubalčíková, Kubínová, 2006).

Při komunikaci se seniorem se pracovník setkává s různými nápadnostmi, jako jsou percepční problémy, pomalost, paměťové problémy a změny v jazykových dovednostech. **Percepční problémy**, spojené s nedoslýchavostí, může zpracování přijímané informace ovlivňovat. Senior přesně neslyší každé slovo, nebo ho nestačí zachytit, a obsah sdělení domýšlí ze smyslu kontextu, což vede k častým nedorozuměním. Nejistota v komunikaci vyvolává pocit nepohodlí a začne odmítat vést rozhovory s cizími lidmi, protože je pro ně nepříjemné vysvětlovat problémy s nedoslýchavostí. Percepční problémy se odrážejí i na společenském životě. Skupinové rozhovory jsou mnohem náročnější než komunikace s jednotlivcem, seniora ruší v soustředění hluk a šum a je mu trapné se opakovaně ptát na obsah daného sdělení. V takových situacích se stává pasivním členem, nechce se prosazovat a společenské setkávání přestává nevyhledávat. Proto by se měla pozornost ve skupinách upřít na pasivní členy, být si vědom percepčních problémů, a nepřehlížet pasivitu. Percepční problémy vedou také k podezíravosti a špatně slyšící lidé mají dojem, že jsou přehlíženi nebo se o nich hovoří v nehezkém duchu. Typická je pro seniory i **pomalost**. Zpracování přijímaných informací a následné odpovědi vyžaduje více času, což nebývá velkým problémem v komunikaci s jedním člověkem. Opět nastává kolize ve skupinovém rozhovoru, senior nestíhá reagovat a účastníci skupiny nemívají trpělivost na odpověď vyčkávat. Než se senior vyjádří, téma už bývá jiné a senior se snaží alespoň zpracovat aktuální informaci, avšak bez jeho následné reakce. Za další komplikaci můžeme

považovat **paměťové problémy**. Stagnující krátkodobá paměť je jednou z příčin opakování sdělených informací. Ačkoliv partner v komunikaci sdělenému rozuměl, má senior i přesto nutkání opakovat obsah sdělení. Příčinou může být projekce, senior si myslí, že když má problém se zapamatováním přijímaných informací, tento problém automaticky připisuje i druhým. Nebo se může jednat o projev zvýšené nejistoty. Sdělené informace se nezapamatovávají příliš dobře, na rozdíl od tištěné či psané formy, čehož jsou si starší lidé plně vědomi a už jen z komplexu se snaží informace zredukovat na minimum, ale bohužel i to někdy způsobuje chybnou interpretaci v podstatě sdělení. Při komunikaci si můžeme všimnout **změn v jazykových dovednostech**. Většinou se zásadním způsobem nemění slovní zásoba a naučené slovní dovednosti, ale dochází, zejména kolem 70. věku, ke zhoršení schopnosti jejich využití. Hůře si vybavují různé pojmy, zejména málo využívané, a senioři se čím dál více vyhýbají vyjadřování složitějším způsobem. Svá sdělení zjednodušují a zkracují. Procesem stárnutí se nepochybně mění i styl života a s tím spojený obsah komunikace, který prochází změnami v tématicce. Užší sociální kontakty, blízkost bydliště, umístění do zařízení, nepřináší bohaté události, a tak dochází k akcentaci běžných záležitostí. Najednou jsou banální potíže každodenního života posuzovány jako důležité. Komunikace ze strany seniorů se zpravidla týká témat ohledně zdraví, rodiny a vzpomínek na dřívější události (Vágnerová, 2007).

K verbální komunikaci neodmyslitelně patří i neverbální komunikace. Ta ovlivňuje přenos informací, který je pro příjemce daleko důležitější než samotný obsah komunikace. Význam neverbální komunikace je subjektivně ovlivněn, zdůrazňuje cítění a osobní názor člověka, a proto tvoří nezanedbatelnou součást sociální interakce zvláště v ošetrovatelské péči. Verbální komunikace, která není ve shodě s neverbální, může vést k negativnímu ovlivnění vzájemného vztahu a k počínající nedůvěře (Pokorná, 2010). Pracovníci zařízení poskytující sociální péči nezřídka kdy podléhají chybnému stylu komunikace se seniory, kterému by se měli v rámci poskytování kvalitní služby vyhýbat. Příkladem může být *elderspeak*. *Elderspeak* vychází ze stereotypního vnímání seniorů a jejich schopností, které vyústuje v mylnou představu seniora jakožto méně kompetentní osoby. Jde o silně ukotvený negativní stereotyp ve společnosti, jenž ovlivňuje intergenerační komunikaci. V praxi mají v zařízeních sociálních služeb ve vztahu k seniorům pracovníci tendenci využívat jednodušší styl komunikace, při které mění paralingvistiku a neverbální prvky. Ve verbální komunikaci se projevuje ve formě zdvořilosti, oslovení nepreferovaným jménem, otázkami směřující rovnou k souhlasu (že ano, není-liž pravda, ...), nemístné užívání množného čísla (půjdeme se najít, ...), pojmy z dětského jazyka (papat, hačat, ...).

V paralingvistice pracovník zvyšuje automaticky tón hlasu a zpomaluje řeč. V neverbální komunikaci se pak užívá nadměrné mimiky, omezují se haptické kontakty, neudrží oční kontakt a nedodrží prostorové vzdálenosti (Pokorná, 2010).

5 Praktická část

5.1 Metodologie výzkumu

Cíl výzkumu

Záměrem kvalitativního výzkumu je analýza a popis toho, jakým způsobem jsou v domovech pro seniory na území hlavního města Prahy poskytovány aktivizační služby. Dílčím cílem je zjistit rozdíly v jejich poskytování z personálního hlediska.

Výzkumný problém a otázky

Existuje celá řada publikací zabývajících se aktivizační činností, popisem aktivizace včetně jejích metod a technik. Na základě rešerše dostupných zdrojů na dané téma bylo zjištěno, jaké profese či kvalifikace jsou zapotřebí pro výkon práce aktivizačního pracovníka a jaké techniky a metody aktivizace může aktivizační pracovník využívat. Každé zařízení domova pro seniory si však aktivizaci, aktivizační programy a využívání technik a metod může pojmát do jisté míry po svém. Taktéž si může zařízení určovat různé kvalifikační požadavky, v souladu se zákonem, a zda bude tato pracovní pozice vytýčena samostatně, nebo v rámci jiné činnosti související s prací v takovémto zařízení. Zachycení rozdílů mezi jednotlivými aktivizačními pracovníky z odlišných domovů pro seniory přinese specifický pohled na podoby personálního zajištění sociálně aktivizačních činností příslušných domovů. Analýza zjištěných údajů v komparaci se současnou odbornou literaturou pak mapuje a vyhodnocuje současný stav v příslušných domovech pro seniory. Cíl práce jsem převedla do hlavní výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka

Jaké jsou rozdíly v poskytování sociálně aktivizační služby z personálního hlediska v domovech pro seniory na území hlavního města Prahy?

Dílčí výzkumné otázky

1. Jakým způsobem je v příslušném zařízení aktivizace vykonávána? (častost, časová dotace, program)

2. Jak by aktivizační pracovník případně chtěl doplnit či rozvinout aktivizaci v příslušném zařízení?
3. Jaké aktivizační techniky a metody jsou při aktivizaci klientů využívány?
4. Jaké je vzdělání aktivizačního pracovníka a v jakém oboru?
5. Jaké znalosti a dovednosti získané z tohoto vzdělání užívá aktivizační pracovník při aktivizaci seniorů? Případně, kde získal know-how?
6. Jakou oblast v rámci aktivizace by aktivizační pracovník u sebe rád rozvíjel?

Výzkumná metoda

Pro svou práci jsem zvolila kvalitativní analýzu formou polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníky v domovech pro seniory na území hlavního města Prahy. Kvalitativní analýza a interpretace výsledků hledá související vztahy a poté je spojuje do deskriptivních kategorií logických celků. Nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkum není závislý na teorii, kterou již někdo předtím vytvořil. Cílem je prozkoumat daný jev do hloubky a přinést o něm co největší možné množství poznatků. Výstupem je pak formulování nové hypotézy nebo teorie, které pak není možné zobecňovat, jelikož jsou platné jen pro vzorek, na kterém byla data získána (Švaříček, Šed'ová, 2007). Kvalitativní analýza nemá představovat popis rozložení jevu v dané populaci, ale důkaz o tom, že jev existuje (Reichel, 2009). Zásadní je pak interakce mezi výzkumníkem a respondentem (Hendl, 2016). Polostrukturované rozhovory jsou specifické velkou nabídkou možností v procesu sběru dat. Na rozdíl od rozhovorů strukturovaných či nestrukturovaných slouží částečně jako pomoc nejen pro respondenty, ale i tazatele (Hendl, 2016). Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získávání celkové i detailní informace o studovaném jevu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Výzkumný soubor

Výzkumným souborem jsou aktivizační pracovníci v domovech pro seniory na území hlavního města Prahy. Oslovila jsem všechny domovy pro seniory v Praze, a to na základě Registru poskytovatelů sociálních služeb, s tím, zda mají aktivizačního pracovníka a pokud ano, zda by byl ochoten se mnou udělat rozhovor. Na webových stránkách všech domovů pro seniory na území hlavního města Prahy jsem vyhledávala přímý kontakt na aktivizačního pracovníka, ale ne všechny webové stránky jejich kontakt uvádějí. V takovém případě jsem oslovovala sociální pracovníky opět s otázkou na pozici

aktivizačního pracovníka a zda by byl ochoten se mnou udělat rozhovor do diplomové práce.

K 1. 7. 2021 bylo v Registru poskytovatelů sociálních služeb v hlavním městě Praha celkem 32 domovů pro seniory. Jmenovitě jde o domovy pro seniory (MPSV, 2021): Domov pro seniory v Domě sociálních a zdravotních služeb u Vršovického nádraží, Domov pro seniory Vršovický zámeček, Centrin, Domov pro seniory Zvonkova, Domov pro seniory Máchova, Domov pro seniory Jana Masaryka, Česká katolická charita Charitní domov Břevnov, Bethesda - domov pro seniory, Domov pro seniory Ďáblice, Domov pro seniory Elišky Purkyňové, Domov pro seniory Háje, Domov pro seniory Chodov, Domov pro seniory Krč, Domov pro seniory Malešice, Domov pro seniory Nová slunečnice, Domov pro seniory Zahradní Město, Domov seniorů Vysočany, Domov Sue Ryder, z.ú., Dům pro seniory Zity Kabátové, Dům seniorů Michle s.r.o., Dům u Agáty - Domov pro seniory, Domov pro seniory Jižní město, Dům sociálních služeb Bojčenkova, Gerocentrum Slunné stáří, Ošetřovatelský domov Praha 3, SENECURA SENIORCENTRUM ŠTĚRBOHOLY, SENECURA SENIORCENTRUM KLAMOVIKA, SeneCura SeniorCentrum Slivenec - domov pro seniory, Senior-komplex Praha Třebešín Domov pro seniory, Domov seniorů Praha 9, Domov Vlčí mák - Domov pro seniory, Domov sociální péče Hagibor.

Z těchto 32 domovů pro seniory v Praze se mi vrátilo celkem 8 odpovědí s tím, že o spolupráci mají zájem. Pracovníci ostatních domovů pro seniory mi vůbec na mou otázku ani po opakované žádosti nedopověděli. Výzkumný soubor tvoří 8 aktivizačních pracovníků, všechny jsou ženy. Výzkumu se zúčastnilo tedy 25 % domovů pro seniory na území hlavního města Prahy, pokaždé s jedním zástupcem aktivizačního pracovníka. I když se může účast na výzkumu jevit jako malá, nutno brát v potaz pandemickou situaci v České republice, která nepochybně zanechala negativní následky v jednotlivých domovech pro seniory a její personál. Výzkum jsem realizovala až po postupném rozvolňování protiepidemických opatření v červenci 2021, abych neohrožovala či ještě více nezatěžovala nejen samotné klienty, ale i personál, na který moje práce cílí.

Postup sběru dat

Hlavní výzkumnou metodou pro sběr dat byly využity polostrukturované rozhovory. Zvolila jsem si tuto metodu, protože umožňuje hlubší poznání zkoumané problematiky a také z důvodu, že mým cílem nebylo zobecňovat výsledky na širší skupinu, ale naopak se zaměřit na konkrétní specifika a rozdílnosti, které jsou cílem této práce.

Polostrukturované rozhovory mi poskytly možnost pracovat s předem připravenými tématy, která jsou zformulována do dílčích otázek. Zároveň dávají prostor respondentům vyjádřit se v rámci konkrétní otázky, která je osnovou pro odpověď, různými způsoby a množstvím informací. Výzkum probíhal v červenci 2021, kdy bylo zrealizováno celkem 8 rozhovorů s aktivizačními pracovníky z různých domovů pro seniory na území hlavního města Prahy.

Analýza dat

Pro zpracování výsledků jsem si zvolila metodu zakotvené teorie, ze které byla vyvinuta technika otevřeného kódování, kterou taktéž v analýze dat využívám. Metoda zakotvené teorie vychází ze strategických nástrojů, které mají pomoci vyvinout teorii ze sesbíraných dat bez použití předem připravených hypotéz nebo kritérií. Vede k vytvoření pevnějšího teoretického konceptu a je do značné míry abstraktní, na rozdíl od etnografických postupů. Při otevřeném kódování je text rozdělen na jednotky, kterým je dáno jméno a poté se s pojmenovanými jednotkami dále pracuje. Jednotkou může být odstavec, věta, slovo, spojení slov, přičemž se doporučuje jednotky nerozdělovat formálně, ale dle jejich významu (Švaříček, Šedřová, 2007). Kódy vytvářím tak, aby odpovídaly připraveným výzkumným otázkám.

Mimo zmíněných šesti otázek jsem si také zjišťovala, kolik má daný domov pro seniory klientů, aktivizačních pracovníků, délku praxe aktivizačního pracovníka a zda je aktivizace hlavní činností pracovní náplně, nebo je jednou z činností pracovní náplně.

Etika a limity výzkumu

Kvalitní výzkum má dodržovat určitá etická pravidla k ochraně respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu. Je zapotřebí zvažovat důsledky svého výzkumu, zejména při zveřejnění výsledků z výzkumu. Etická dimenze výzkumu, která je součástí většiny výzkumů, souvisí s obecnými principy, které jsou formulovány v jednotlivých vědách ve formě etických zásad chování (Švaříček, Šedřová, 2007). Disman (2011) uvádí, že respektování anonymity je základním požadavkem etiky výzkumu. Považuje za velmi důležité přesvědčit respondenty o tom, že daný výzkum je doopravdy anonymní. Kvalitativní výzkum je z velké části založen na vzájemném vztahu a důvěře mezi respondentem a tazatelem a tento vztah může i nevědomě výsledky výzkumu ovlivnit. Nermalou roli hrají také sympatie, naladění se na sebe a společné porozumění (Mišovič, 2019). K ovlivnění výsledků výzkumu může dojít nejen ze strany tazatele, například jeho

hodnotovými postoji, ale i ze strany respondenta. Nezkreslené a pravdivé informace jsou závislé na otevřenosti respondenta. V této situaci by měl být tazatel otevřený a umět komunikovat s respondentem o průběhu rozhovoru, včetně upřesnění otázek či vysvětlení, proč jsou pro něho důležité tyto odpovědi (Hendl, 1999). Neměla by být zveřejněna žádná data, která by pomohla identifikovat účastníky výzkumu a také by nemělo dojít k žádné újmě účastníků výzkumu. Kromě důvěrnosti je zásadní mít poučený souhlas od účastníků výzkumů a možnost zpřístupnit práci účastníkům výzkumu (Švaříček, Šedřová, 2007).

V tomto výzkumu byly rozhovory nahrávány na diktafon v konkrétním domově pro seniory. Všichni účastníci s nahráváním rozhovoru souhlasili a byli o něm předem informováni. Aby byla respondentům zaručena nezjistitelnost identity včetně názvu zařízení, jsou jejich osobní údaje anonymizovány.

Jak je již zmíněno výše, mými respondenty bylo 8 aktivizačních pracovníků v odlišných domovech pro seniory v Praze. Všem byla před zahájením rozhovoru zaručena anonymita při zpracování odpovědí a také vyslovili souhlas s nahráváním.

5.2 Výsledky dotazníkového šetření

Podkapitola shrnuje informace o počtu klientů v daném domově pro seniory, aktivizačních pracovníků, délce praxe aktivizačního pracovníka a zda je náplň práce aktivizačního pracovníka hlavní pracovní náplní či jednou z činností. Následuje pak popis zpracovaných dat z polostrukturovaných rozhovorů, které se konaly v červenci 2021. Odpovědi respondentů jsou anonymizovány včetně názvu zařízení, ve kterém pracují. Popis zpracovaných dat z rozhovorů patří ke každé z šesti výše zmíněných otázek.

Počet klientů a aktivizačních pracovníků v domově pro seniory, délka praxe aktivizačního pracovníka, pracovní náplň aktivizačního pracovníka:

DPS1 – počet klientů je 52, má 3 aktivizační pracovníky, délka praxe aktivizačního pracovníka je jeden rok. Aktivizace je hlavní pracovní náplní, ale spíše manažersko-organizačního charakteru. *V průměru má 1 aktivizačního pracovníka na cca 17 klientů.*

DPS2 – počet klientů je 150, má 4 aktivizační pracovníky, délka praxe aktivizačního pracovníka jsou 3 roky a aktivizace je hlavní pracovní náplní. *V průměru má 1 aktivizačního pracovníka na cca 38 klientů.*

DPS3 – počet klientů je 155, má 5 aktivizačních pracovníků, délka praxe aktivizačního pracovníka jsou 2 roky a aktivizace je hlavní pracovní náplní. *V průměru má 1 aktivizačního pracovníka na 31 klientů.*

DPS4 – počet klientů je 50, má 3 aktivizační pracovníky, délka praxe aktivizačního pracovníka jsou 3 roky a aktivizace je hlavní pracovní náplní. *V průměru má 1 aktivizačního pracovníka na cca 17 klientů.*

DPS5 – počet klientů je 60, má 2 aktivizační pracovníky, délka praxe aktivizačního pracovníka je 35 let a aktivizace **není hlavní pracovní náplní**. *V průměru má 1 aktivizačního pracovníka na 30 klientů* a aktivizace je součástí pracovní pozice **sociálního pracovníka. Sociální pracovník je vedoucím aktivizační služby, druhého aktivizačního pracovníka zaučuje, zároveň pomáhá s aktivizací klientů. Přáním je, aby pozice aktivizačního pracovníka byla jasně vytýčená a hlavní náplní práce.**

DPS6 – počet klientů je 76, má 1 aktivizačního pracovníka, délka praxe aktivizačního pracovníka je 15 let a aktivizace je hlavní pracovní náplní.

DPS7 – počet klientů je 50, má 4 aktivizační pracovníky, délka praxe aktivizačního pracovníka jsou 4 roky a aktivizace **není hlavní pracovní náplní**. *V průměru má 1 aktivizačního pracovníka na cca 13 klientů*, přičemž aktivizace je součástí pracovní pozice **pracovníka v sociálních službách.**

DPS8 – počet klientů je 110, má 4 aktivizační pracovníky, délka praxe aktivizačního pracovníka jsou 3 roky a aktivizace je hlavní pracovní náplní. *V průměru má 1 aktivizačního pracovníka na cca 28 klientů.*

*Pokrytí aktivizačních pracovníků ku poměru k celkovému počtu klientů v domově pro seniory má nejmenší DPS6. Aktivizační pracovník vykonává aktivizaci pro 76 klientů. DPS1 a DPS4 se shodují na 17 klientech na 1 aktivizačního pracovníka. U ostatních domovů pro seniory je 1 aktivizační pracovník plus mínus na 30 klientů. Nejlépe vychází DPS7, kde je 1 aktivizační pracovník cca na 13 klientů, ale zde je nutné zohlednit to, že aktivizační činnost není hlavní pracovní činností ani jednoho aktivizačního pracovníka. Nejdělsí *praxi v aktivizaci* má DPS5, a to 35 let, nejkratší praxi DPS1, aktivizační pracovník vykonává aktivizaci jeden rok. Nyní následuje popis zpracovaných dat z rozhovorů ke každé otázce:*

5.2.1 Způsob výkonu aktivizace (častost, časová dotace, program)

DPS1

Dělí aktivizaci na dva hlavní proudy, aktivizaci individuální a skupinovou. Skupinová aktivizace probíhá ve všední dny odpoledne. Dopoledne probíhá individuální aktivizace s tím, že aktivizační pracovníci pomáhají klientům s podáváním stravy.

Jako aktivizační činnosti uvádí čtení, promítání, přednášky, povídání, diskuse na téma cestování, klavírní koncerty, letní hry, jarní koncert, letní grilování. Dále aktivizační pracovnice uvedla, že nabídka aktivit v zařízení je pestrá. *„My jsme se právě že bavili včera s vedoucí pečovatelkou, že máme pocit, že už těch klientům toho nabízíme tolik, že to nestíhají střídat.“*

„Máme vlastně dva hlavní proudy, jeden jsou skupinové programy a druhým proudem je individuální aktivizace, přičemž se každý všední den po obědě něco děje.“, poté dodává *„Máme i větší akce, jako například letní hry a tak, máme s nimi i prostě něco většího, jarní koncert, letní hry, letní grilovačku. A vlastně se kolegyně věnují i pomoci s podáváním stravy, v čase mimo dopomoc v oddělení probíhá individuální aktivizaci, která je šitá na míru klientům.“*

DPS2

Aktivita v tomto domově jsou rozděleny na týdenní, měsíční a roční a dle formy mají aktivizaci individuální a skupinovou. Aktivizace probíhá ve všední dny od 9:00 do 15:00. Dopoledne bývá ranní protažení a poté má každá aktivizační pracovnice svou aktivitu. Každou středu odpoledne se koná kulturní akce. Domov je rozdělen na 4 stanice, na každé stanici je jedna aktivizační pracovnice a aktivity se na stanicích střídají.

Příklady aktivit, které se v tomto domově konají: canisterapie, vzpomínková aktivita, trénování paměti, tvořivá dílna, zahradničení, muzikohrátky, promítání filmů, kavárna, čtení. Jako měsíční aktivity uvádí aktivizační pracovník střední kulturní akce, například akce s externistou, bingo, koncerty, vystoupení dětí. Ročními aktivitami myslí oslavu Masopustu, Pálení čarodějnic, Mikuláš, Vánoce. Za nejoblíbenější aktivitu je dle jejího názoru považována aktivita Kavárna. *„Jedna z nejoblíbenějších aktivit je aktivita kavárna, probíhá v odpoledních hodinách v pondělí. Setkáváme se ve společenské místnosti, nabízíme kávu, čaj, chlebiček, zákusek, pak kousek nanukového dortu.“*

DPS3

Aktivita probíhají od pondělí do pátku od 8:00 do 16:00 s pauzou na oběd. O víkendu se koná mše svatá. Aktivita jsou na úrovni skupin i individuální. Aktivizačními činnostmi jsou hraní karet, kuželky, literární hodiny, virtuální realita, zooterapie, trénování

paměti, šipky, čtení, keramika, cvičení, pečení, vaření, zpívání, deskové hry, pánský klub. Nejradši mají klienti, dle názoru aktivizační pracovnice, aktivitu vaření a také si myslí, že mají klienti možnost navštívit dostatek aktivit. *„Těch aktivit je tady hodně, každá máme jiný aktivity, ale probíhají každý den. Každý je kolem pěti věcí, mám pocit.“*

DPS4

Aktivizace probíhá skupinově nebo individuálně každý den od pondělí do pátku. Do zařízení také dochází aktivizační pracovnice v sobotu. Skupinové aktivity trvají většinou hodinu. Individuální aktivita se odvíjí od stavu klienta, ale minimálně půl hodiny trvá. V pondělí a úterý ráno probíhají aktivity individuální, středa, čtvrtek, pátek a sobota jsou dopoledne pak skupinové aktivity. Odpoledne jsou vždy skupinové aktivity, mimo sobotu. V neděli aktivizační činnost není. Individuální a skupinová aktivizace se prolíná a vzájemně doplňuje. *„Jinak vlastně když má kolegyňka skupinovou aktivitu, tak ta druhá má individuální, takže ta aktivizace probíhá vlastně pořád“*

Dopolední aktivity začínají od 9:00 nebo 10:00, odpolední aktivity začínají od 14.30. Aktivity v tomto zařízení jsou pečení, skupinové cvičení, hudební vystoupení, zahradní terapie, trénink paměti, kulturní okénko o slavné osobnosti. Počet aktivit hodnotí aktivizační pracovnice za dostačující. *„Odpoledne většinou začínáme v půl třetí. To už jsou klienti po obědě a jsou trochu odpočatí a ráno to bývá většinou od devíti nebo desíti. Záleží, jestli je potom skupinové cvičení nebo ne. Takže těch aktivit je asi dost.“*

DPS5

Aktivity probíhají od pondělí do pátku. Ráno aktivizační pracovník před či během snídaně obchází klienty s tím, zda potřebují s něčím pomoc. Poté následuje ranní cvičení, na které navazuje trénink paměti, kvízy, promítání filmu, procvičování jemné motoriky nebo posezení s klienty. Následuje oběd a kolem 14:00 se klienti opět scházejí na předem připravenou aktivitu. Jako příklady aktivit uvádí: vaření, pečení, posezení u kávy, sledování televizních programů, společenské hry, canisterapie, hudební program, grilování, dny ochutnávání exotického ovoce, návštěvy externistů, kuželky, karty. Klienti mají dle názoru aktivizačního pracovníka nejradši živou hudbu *„O různé programy se snažíme. Buďto po domluvě s klientem, přece jenom se odpoledne projevuje už nějaká únava.“* S úspěchem se však v tomto domově nesetkali při aktivitě keramika. S některými klienty se vykonává individuální aktivizace. *„Takže ta živá hudba ten kontakt s tím venkem to se jim líbí. Ale třeba jsme tu měli lidi z keramické dílny nebo grafickou akademickou malířku,*

kteřá jim nabízela malbu na keramické talíře, že by si tam mohli něco namalovat nebo napsat, ale nebylo o to zájem, vůbec nechtěli. Nic by neplatili, všechno to bylo zadarmo, bylo to hrazeno z dotací a nikdo o to neměl zájem. Záleží na věkové skupině, něco jinýho je, když jim je šedesát plus a něco jinýho, když jim je osmdesát plus a tak dále. Takže se potom pracuje individuálně s těma klientama některejma. Jsou samozřejmě i klienti imobilní, ležící, ale jich je opravdu málo. Většina klientů se vysazuje nebo chodí ven na zahradu. No a taková ta komunikace mezi nima... někdo si povídá a někdo ne.“

Aktivizační pracovnice poté hovořila o druhé aktivizační pracovnici, která je v procesu zaučování „Tady ta aktivizační pracovnice, které pomáhám a zaučuji ji, ať tady máme někoho na plný úvazek v aktivizaci, je vyučená prodavačka, udělala kurz pracovníka v sociálních službách. Předtím dělala v péči. Nakonec zjistila, že tahleta práce není nic pro ni, že je náročnější a že s ní nespolupracují holky z péče, takže nám odchází. Budu teda zaučovat někoho jinýho... ta práce je fakt náročná. Kdyby se měla dělat tak jak nám říká odborná literatura, tak by to bylo ještě víc náročnější.“ Zmínila se mimo jiné i o tématu vzdělání aktivizačních pracovníků v domově pro seniory „Měli by to dělat lidé s vysokoškolským titulem, ale tady je riziko zase toho, že to není moc dobře placený a ten člověk by neměl tolik peněz s tím titulem. Sama jsem se vždycky rozčilovala, že aktivizaci dělaj lidi bez titulu, dělaj ji lidi z různých profesí, který s tím vůbec nesouvisejí, ale nakonec by stejně vysokoškolský titul nebyl úplně uplatněný, protože tohle není dobře ohodnocená práce“

DPS6

Aktivita probíhá každý pracovní den, skupinové i individuální, na pokoji s klientem. Například v pondělí dopoledne se luští křížovky, odpoledne se hraje pétanque na zahradě, v úterý je dopoledne dílnička ručních prací, odpoledne návštěvy studentů, ve středu dopoledne je trénink paměti, odpoledne besedy na téma, ve čtvrtek cvičení na židlích a karetní klub. Mimo každodennost jsou teď v létě ještě výlety, Bingo, grilování na zahradě s hudbou, virtuální realita.

DPS7

Aktivizace probíhá každý den, většinou odpoledne na 2-3 hodiny. Dopoledne aktivizace nebývá, protože mají pracovníci plno práce s hygienou a osobní péčí o klienty. Někdo z personálu je v daný den určen jako aktivizační pracovník, v této roli se vzájemně střídají. Pracovníci si rozdělují na aktuální den pokoje s klienty, kde vykonávají přímo

obslužnou práci, a určená aktivizační pracovnice pak ještě k tomu vykonává aktivizaci. Aktivita mají skupinové (například kavárnu, pečení, keramiku nebo větší společenské sešlosti) a individuální, rovněž dělí program na týdenní a měsíční.

„No aktivizace bývá každý den, někdy dopoledne před obědem, ale spíše je odpoledne, kdy jsou větší akce, kavárna, pečení. Odpolední aktivity jsou pravidelné. Dopoledne spíše aktivizace nebývá, protože na to vzhledem ke koupání, hygieně a péči není čas. Někdo je z nás vždycky určený, kdo ten den bude dělat aktivizaci, a ostatní se věnují péči, střídáme se. Odpoledne je více času se klientům na 2-3 hodiny věnovat. Takže třeba když odpoledne je canisterapie, tak klienty aktivizační pracovnice odváží, anebo chodí individuálně na pokoje. Pokoje máme rozdělený, kde vykonáváme každá přímou péči, a u toho ten den daná aktivizační pracovnice u toho dělá aktivizaci. Máme týdenní i měsíční programy. Měsíční programy jsou plánované dost dopředu, jde například o keramiku, návštěvy klaunů a jiné akce.“

DPS8

Aktivita jsou plánovány na týden dopředu a probíhají odpoledne i odpoledne ve všední dny. Dopoledne začínají od 9:00 do 11:30 a odpolední aktivity od 13:00 do 15:00, kdy aktivizační pracovnice vede aktivizační činnost ve společenské místnosti a ostatní aktivizační pracovníci se od 8:00 do 15:30 věnují klientům individuálně. Jako aktivity uvádí aktivizační pracovnice například čtení, kavárna, háčkování, šití, promítání filmů, pánský klub, keramika, kavárna, oslava narozenin, procvičování paměti, práce s korálky, grilování. Mimo to do zařízení dojíždí i externisté, kteří pak mají hudební či taneční vystoupení. Někdy dochází i děti ze škol s vystoupením. Aktivita nejsou vždy ustálené, tvoří se na základě přání klientů *„Aktivita se snažíme uzpůsobit jak přáním klientů, tak i jejich možností, jelikož se nám klientela neustále proměňuje, zejména teda v období covidu, to bylo náročný.“*

5.2.2 Návrhy pro doplnění aktivizace v příslušných zařízeních

DPS1

Aktivizaci v zařízení by aktivizační pracovnice doplnila nebo rozvinula o aktivizaci o víkendech a o kvalitu jednotlivých akcí, ale ne v rozsahu či typu aktivity. Ráda by opět zavedla různé jednorázové akce (například vycházka do cukrárny) nebo výlety, koncerty

klasické hudby, které omezila pandemická situace v naší republice. Tyto akce pak hodnotí spíše už jako drobnosti.

DPS2

Aktivizační pracovník má za to, včetně celého aktivizačního shodnou ve větší volnosti v řízení a vedení aktivizace. *„Tak spíš nám schází, to se shodneme my čtyři kolegyně myslím, více volnosti. První nadřízená nám důvěřovala a aktivizaci nám nechávala v naší kompetenci a po jejím odchodu nám do aktivizace nadřízená a celé vedení dost zasahují. A protože si myslím, že ty lidi ve vedení, jak jsou těch kancelářích, nemají tak navázaný vztah s klientama a ani sami neví, co ti lidi vyžadují, to si myslím, že my je chápeme a rozumíme, máme ten vztah bližší a my bychom to té aktivizaci měli rozhodovat více, a to mi schází asi. A myslím, že nejenom mě, že se na tom všechny shodneme, takže tohle, volnost v rozhodování a řízení aktivizace, v posledním roce, dvou, se do toho více zasahuje.“*

DPS3

Aktivizaci by pracovník tohoto zařízení doplnil o výlety. S aktivitami a jeho pestrostí je ale v podstatě spokojený. *„Tak doplnila, já spíš třeba o ty výlety bych to doplnila, ty teďka moc nejdou, to mi chybí. Prostě vzít lidi, odvézt je do zoo. Zase se situace trošku zhoršuje, ta situace covidová, když jsme už mysleli, že začneme, tak se to zase utíná, takže asi to. Nebo by mě třeba lákalo s těma lidma divadlo, kino, ale ti lidi už nevydrží takhle dlouho sedět, už by to asi nešlo. V podstatě já jsem spokojená, já si myslím, že těch aktivit je dost. A ještě mají navíc spoustu rehabilitačních cvičení, jsou tady fyzioterapeuti, takže i to.“*

DPS4

Aktivizaci by aktivizační pracovník nerozvíjel, vzhledem k časovému plánu, a ani nedoplňoval, považuje aktivizaci za plně dostačující. *„U nás je spíš problém, že už úplně není kam rozvíjet, jako zasadit to nějak do toho časového plánu, ale myslím, že jako je tam obsažené všechno. Vlastně tvořivá činnost, nějaká jako arteterapie, ta je i individuální, zvířátka, hudba, tréninky paměti. V podstatě všechno, co je potřeba, včetně výletů a procházek.“*

DPS5

Vzhledem k omezením související s epidemickou situací, by rád aktivizační pracovník opět zavedl výlety a vycházky mimo areál zařízení. Rozšířil by pak aktivizaci o větší socializaci klientů a individuální komunikaci. Doplňuje dále „*No a rozšířit, ona ta rozmanitost věcí, co chtějí oni dělat moc není, oni se spíš zaměřují na to, aby bylo dobré jídlo a měli nějakou takovou tu zábavu, spíš socializaci, povídání si. Nechtějí pracovat prostě na výkon, soutěžit, to taky. I když se pořádají takový ty jejich dny her nějakých, jakože se tam soutěží, to už pro ně moc není přece jenom. Senior už má ty emoce takové oploštělé, nic ho nenadchne, ta práce je náročná pro toho aktivizačního pracovníka, aby se vlastně trefila do noty toho klienta. Je to tak, protože to stáří takový je.*“

DPS6

Aktivizační pracovnice by aktivizaci v zařízení nedoplňovala a ani nerozvíjela. „*Jsem na pokraji svých kapacit.*“

DPS7

Aktivizaci by pracovnice doplnila o aktivizační pracovníky, „*My nemáme moc času na aktivizaci, máme hodně práce v péči, hlavně ať jsou na to lidi.*“

DPS8

Aktivizační pracovnice by chtěla doplnit a rozšířit aktivizaci o výlety. Dále by pak rozšířil nabídku aktivit o jiné aktivity včetně většího podílu pet-terapie, terapeutickou činnost a aktivizaci i přes víkendy. „*Chybí mi výlety s klienty, dlouho už se nebyli nikam podívat, a i když covid nebyl, tak se u nás moc výlety teda nekonaly. Taky bych ráda u nás doplnila aktivizaci i o jiné další aktivity, tím myslím třeba rozšířit nabídku aktivit a prostě udělat jakousi změnu, více využívat zvířat v aktivizaci. Taky si myslím, že by se hodila i nějaká terapeutická činnost, ať už individuální nebo skupinová pro klienty, je škoda, že tady nic podpůrně psychologického nemáme. Zároveň mě napadá, že by bylo fajn mít aktivizaci aspoň odpoledne i přes víkend, u nás je aktivizace od pondělí do pátku a o víkendu nic, což mi přijde škoda.*“

5.2.3 Využívané techniky a metody při aktivizaci klientů

DPS1

Při aktivizaci využívají aktivizační pracovníci trénink paměti, reminiscenci, logicko-slovní hry, orientaci místem a časem. Zařazuje zde i rozhovor a pomůcky ve formě tabletu nebo výtvarných potřeb.

DPS2

Pracovník byl touto otázkou zaskočen a žádal ode mě nápovědu, kdy jsem uvedla jako příklad reminiscenci. Reminiscenci pak uváděl v různých aktivitách, avšak už další metodu či techniku nezmínil. *„Nevím, jestli to chápu... ano, tak využíváme reminiscenci v rámci aktivit. Muzikohrátky, vrátí se skrze písničky, hudbu. Kultura nebo různé akce, poutě, zase se vrátí reminiscencí do svých vzpomínek na ty poutě, svoje vesnice. Podobně je to s Masopustem, Mikulášem, takže to se spíše prolíná, nebo i v těch vzpomínkových aktivitách, úkolech. Možná se to i trochu odráží i v tom časopise z domova, co se aktuálně děje, o aktivitách, které nás čekají, o celkovém dění.“*

DPS3

Za metody považuje aktivizační pracovník jednotlivé aktivity. *„Metody, no, to já bych řekla asi ty jednotlivé ty aktivity.“*

DPS4

Tento domov pro seniory využívá v aktivizaci arteterapii, aromaterapii, canisterapii, felinoterapii, relaxační cvičení. Pracují s biografií a bazální stimulací.

DPS5

Odborné aktivizační techniky se v tomto domově pro seniory nevyžívají, nemají na to odborně proškolený personál, který je k tomu dle názoru aktivizačního pracovníka zapotřebí. *„Techniky... jako techniku jako takovou nějakou odbornou tady se nepoužívá. Jo, ani tady není žádná reminiscence. To je prostě potřeba na to mít vlastně opravdu odborníky. Do reminiscence bych se osobně nepouštěla vzhledem k tomu, že tam dochází k depresím u klientů, to by měl dělat psycholog nebo by to prostě měl být člověk, kterej má to vzdělání a který zná ty pochody, psychický těch klientů, protože to je ošemetný. Je tady paní ergoterapeutka, jsou tady rehabilitační sestry, fyzioterapie, ale to je víceméně na těch ošetrovatelských lůžkách. Aktivizační pracovnice, tady vyloženě nějaký odborný techniky nejsou. Je to takový to základní, základní socializování se a prostě povídání si. Není to úplně... není tady vysokoškolsky vzdělaný pracovník.“*

DPS6

Při individuálních návštěvách u klientů v terminálním stádiu používá aktivizační pracovnice bazální stimulaci, masáže, četbu knih, poslech hudby a jiné. Při trénincích paměti pak reminiscenci a zapojení všech kognitivních funkcí.

DPS7

Metody a techniky, které se v tomto zařízení využívají jsou zájmové činnosti, procvičování motoriky, bazální stimulace a také propojují přímou péči s aktivizačními činnostmi, *„Já hlavně mám zájmové činnosti, společenské hry, pexeso, míček, procvičování motoriky a taky si беру klienty individuálně, mám dva kurzy bazální stimulace, tak chodím i na pokoj a dělám bazálku nebo to spojuju s činnostmi v rámci pečování o klienta, třeba při koupání.“*

DPS8

Aktivizační pracovnice na tuto otázku vyjmenovala canisterapii, muzikoterapii, arteterapii, bazální stimulaci, reminiscenci, trénování paměti. Doplnila, že *„taky máme rehabilitační pracovníky, kteří se věnují klientům, cvičí s nimi a taky procvičují chůzi a jiný.“*

5.2.4 Vzdělání aktivizačních pracovníků

DPS1

Aktivizační pracovník vystudoval vysokoškolské vzdělání dramaturgie a filmové a televizní fakulty. Také absolvoval kurz pracovníka v sociálních službách.

DPS2

Střední škola s výučním listem v oboru aranžér a kurz pracovníka v sociálních službách.

DPS3

Střední škola ekonomická s maturitou doplněné kurzem pracovníka v sociálních službách a reminiscenčním kurzem.

DPS4

Střední škola s maturitou, obor Ekonomické lyceum a poté kurz pracovníka v sociálních službách.

DPS5

Vysokoškolské studium v oboru speciální pedagogika, magistr.

DPS6

Střední škola s maturitou, obor zdravotní asistent a k tomu masérský kurz.

DPS7

Střední škola s maturitou v oboru výchovná a humanitární činnost, k tomu kurz bazální stimulace.

DPS8

Vysokoškolské v oboru sociální práce, bakalář.

5.2.5 Znalosti a dovednosti získané ze vzdělání užívané při aktivizaci seniorů či získané know-how z jiných zdrojů

DPS1

„Ono vlastně, když jsem nastupovala na tuto pracovní pozici, tak jsem si myslela, že to bude tak půl na půl, že půl bude vlastně administrativně organizační činnost a půlka bude přímo aktivizace, ale je to tak, že 90% je ta organizační činnost, takže tak no.“ Aktivizační pracovník pracuje z větší části v duchu manažersko-organizačního charakteru, tuto dovednost získal praxí v neziskových organizacích. V aktivizaci má roční praxi při práci s klienty. Přínosným studiem vnímá i aktuální psychoterapeutický výcvik. Konkrétní aktivizačních techniky, plánování či vedení individuálních nebo skupinových aktivit se učí a čerpá od ostatních zkušenějších aktivizačních pracovníků.

DPS2

Know-how získal pracovník předáváním zkušeností od ostatních aktivizačních pracovníků, péči o své příbuzné, ale také získal know-how díky požadavkům klientů zařízení. Ke kurzu pracovníka v sociálních službách zmínil *„Z kurzu pracovníka v sociálních službách jsem si odnesla navázání nebo komunikaci se seniory. Kurz mi pomohl v navázání, nebo jak bych to řekla, určitě mi to něco přineslo, něco z toho kurzu čerpám ... udržuju online vztah s lidma, kteří se mnou kurz dělali a od nich dost taky čerpám. I ten kontakt s lidma, kteří se mnou kurz dělali, z toho taky čerpám v práci.“*

DPS3

Při aktivizaci užívá reminiscenční kurz. Know-how od kolegyní, které jsou zkušenější. Aktivizaci získanou z kurzu pracovníka v sociálních službách popisuje jako *„V kurzu pracovníka v sociálních službách tý aktivizace bylo malinko, spíš si informace mezi sebou předáváme“*.

DPS4

V aktivizaci pracovník využívá činnosti z běžného života a dodává, že *„Podle mě je strašně důležitý, aby to člověk dělal s láskou, ne aby k tomu měl nějaký speciální znalosti.“* O kurzu pak řekl *„Vlastně kurz pracovníka v sociálních službách byl takový spíš jako obecnější, takže tam jsem nezískala asi jakoby nic moc.“*

DPS5

V aktivizaci využívá znalostí z diplomové práce, která byla na téma aktivizace klientů s demencí a věnovala jí hodně času. Také získala zkušenosti praxí v aktivizaci.

DPS6

Při aktivizaci využívá pracovník znalostí z osobního života.

DPS7

Aktivizační pracovnice nejvíce čerpá ze své praxe z mateřských školek a domovů pro seniory a také se inspirovala aktivizací od jiných aktivizačních pracovníků. *„Na střední jsme neměli aktivizaci, jen nějakou výtvarku a v prvním ročníku pracovní činnosti. Taky jsem chodila na praxi do školek, takže ze školek. Jinak teda praxí v domově, odkoukala jsem to od ostatních kolegyň.“*

DPS8

Dovednosti a znalosti využívá ze studia a praxí v domovech pro seniory. *„Já musím říct, že mi vysoká škola v aktivizaci stačí, chodila jsem na předměty, který se zabývaly arteterapií, muzikoterapií, komunikačními dovednostmi, psychologie a tak dále. Zároveň jsem dělala praxe po různých domovech, takže nejen vzdělání, ale i praxe mi byla velkým přínosem. Vždycky jsem se nějak zaměřovala na seniory no.“*

5.2.6 Oblasti, které by v rámci aktivizace u sebe aktivizační pracovníci rádi rozvíjeli

DPS1

Aktivizačního pracovníka by zajímala praxe ostatních zařízení. *„U mě? Mě by velmi zajímalo, co se týká například, že náslechy nebo podívat se do jiných zařízení, nebo k lidem, kteří to mají opravdu jako vystudovaný a praxi za sebou, tak vlastně jak u nich aktivizace konkrétně probíhá. Spíše jsem zvědavá, jak to funguje jinde a získat takovou nějakou inspiraci nebo motivaci.“*

DPS2

Aktivizační pracovník by rád rozvíjel dovednosti v oblasti šití. *„U sebe ráda rozvíjela oblast... no já bych klidně, jo, protože tyhle klienty jsou generace, která hodně šila, háčkovala. Já na tyto činnosti moc nejsem, nikdy jsem k tomu nebyla dotlačena, nevěnovala jsem se tomu víc, nijak mě to nedonutilo, vždycky to dělala maminka nebo babička, a tak jsem to nechávala na nich. Ale je pravda, že jsem se začala seznamovat s šitím, protože právě jsou teďka klienty, které chtějí šít, a tyhle jsou schopný, že to sami dělají, ale i já bych to chtěla umět víc a ten základ mít. Ráda bych rozšiřovala šití, trošinku na tom pracuju, více spoléhám na klientky, které to ještě zvládají. Hudebně se vzdělat nezvládnu, taková kolegyně nám schází, ale já bych osobně šla směrem šití, šití mi chybí.“*

DPS3

Nejvíce by aktivizační pracovník rozvíjel individuální komunikaci nebo paliativní péči. *„Nejvíce bych rozvíjela takový to individuální povídání, témata, nebo třeba paliativní péči.“*

DPS4

U sebe by rád rozvíjel arteterapii. *„Asi arteterapii, protože ráda maluju ve volném čase a myslím, že tam by se to mohlo jako šiknout a trochu víc rozvíjet.“*

DPS5

Aktivizaci by u sebe aktivizační pracovnice nijak nerozvíjela. *„Já už bych nerozvíjela, protože já jsem už rozvinutá dost.“*

DPS6

Aktivizační pracovnice by ráda zapojila sebe i klienty do nových technologií, jako třeba virtuální realita, sociální sítě a robotika.

DPS7

Nejvíce se zajímá aktivizační pracovnice o bazální stimulaci, kterou by ráda i nadále u sebe rozvíjela.

DPS8

V tomto případě aktivizační pracovnice reflektuje, že by chtěla umět pracovat s tématem smrti a zajímalo by ji, jak se provádí aktivizace v jiných domovech pro seniory. *„Dobrá otázka... asi bych chtěla umět více pracovat s tématem smrti. Taky by mě upřímně zajímalo, jak se dělá aktivizace i v jiných zařízeních, abych se mohla něčemu přiučit, inspirovat se a tak. To by mě zajímalo.“*

Shrnutí:

DPS1 – aktivizační pracovnice připadá na cca 17 klientů, délka v praxi je jeden rok a aktivizační činnost je hlavní pracovní náplní. Její činnost je zejména manažersko-organizačního charakteru. Má vysokoškolské vzdělání v oboru dramaturgie a filmové a televizní fakulty, také absolvovala kurz pracovníka v sociálních službách. Aktivizaci dělí na skupinovou a individuální, která se klientům přizpůsobuje dle přání a potřeb. Dopoledne upřednostňují individuální aktivizaci, odpoledne aktivizaci skupinovou a koná se ve všední dny. Do aktivizace zahrnují i podávání stravy klientům. Pro své klienty pořádají aktivizační činnosti jako čtení, promítání, přednášky, povídání, diskuse na téma cestování, klavírní koncerty, letní hry, jarní koncert, letní grilování. Aktivizaci by zavedla i o víkendu a doplnila ji v její kvalitě. Také by rozšířila nabídku aktivit zpět o výlety nebo jednorázové akce mimo zařízení, ale to už hodnotí jako drobnost. Aktivizační pracovníci využívají při

své práci trénink paměti, reminiscenci, logicko-slovní hry, orientaci místem a časem. Do technik a metod aktivizace zahrnuje aktivizační pracovnice i rozhovor a pomůcky ve formě tabletu nebo výtvarných potřeb. V praxi využívá znalostí a dovedností z probíhajícího psychoterapeutického výcviku. Know-how získala ze zkušeností ostatních aktivizačních pracovníků a z praxe. V rámci seberozvoji by ráda věděla, jak aktivizace probíhá v jiných domovech pro seniory a zúčastnila se praxe.

DPS2 – aktivizační pracovnice připadá na cca 38 klientů, 3 roky v praxi a aktivizace je její hlavní pracovní náplní. Aktivizaci dělí na individuální a skupinovou, kdy dopoledne probíhá cvičení a skupinové aktivity, odpoledne pak jen skupinové aktivity. Aktivizační program mají jak týdenní, tak i měsíční a roční. Aktivizace probíhá ve všední dny od 9:00 do 15:00. Aktivizačními činnostmi jsou canisterapie, vzpomínková aktivita, trénování paměti, tvořivá dílna, zahradničení, „muzikohrátky“, promítání filmů, kavárna, čtení. Do měsíčních aktivit se zahrnují kulturní akce, například akce s externistou, bingo, koncerty, vystoupení dětí. Ročními aktivitami je oslava Masopustu, Pálení čarodějnic, Mikuláš, Vánoce. Nejoblíbenější aktivitou je aktivita Kavárna. V zařízení by si přála větší volnost v řízení a vedení aktivizace. Aktivizační pracovnice byla zaskočena otázkou na metody a techniky aktivizace, neuměla na ni odpovědět ani po objasnění a po mé nápovědě, kdy jsem uvedla jako příklad reminiscenci, se na tuto techniku upnula a promítala do většiny aktivizačních činností. Jinou metodu nebo techniku neuvedla. Vzdělání získala ze střední školy s výučním listem v oboru aranžér a z kurzu pracovníka v sociálních službách. Kurz pracovníka v sociálních službách ji pomohl v navázání kontaktu s klienty, ale také i v tom, že kontakt navázala se samotnými účastníky kurzu, se kterými je v kontaktu a jsou jí přínosem v aktivizaci. V aktivizaci získala know-how ze zkušeností ostatních aktivizačních pracovníků, z péče o příbuzné a požadavků klientů. U sebe by ráda rozvíjela dovednosti v šití.

DPS3 – na aktivizačního pracovníka připadá 31 klientů, je 2 roky v praxi a aktivizace je hlavní pracovní činností. Aktivizaci dělí na skupinovou a individuální, kdy denně probíhá kolem 5 aktivit a probíhá ve všední dny od 8:00 do 16:00. Nejoblíbenější aktivitou je vaření, dále pak mají aktivity jako hraní karet, kuželky, literární hodiny, virtuální realita, zooterapie, trénování paměti, šipky, čtení, keramika, cvičení, pečení, vaření, zpívání, deskové hry, pánský klub. Aktivity by doplnila zpátky o výlety, které byly omezeny, jinak je s pestrostí aktivit spokojena. Vzdělání získala ze střední školy ekonomické s maturitou doplněné kurzem pracovníka v sociálních službách a reminiscenčním kurzem. Kurz pracovníka v sociálních službách se dle jejího názoru málo

věnoval tématu aktivizace, informace o aktivizaci si předávají navzájem s ostatními kolegy. Dovednosti a znalosti ale získala z reminiscenčního kurzu a ze zkušeností ostatních aktivizačních pracovníků. Ráda by rozvíjela individuální komunikaci a paliativní péči.

DPS4 – na aktivizačního pracovníka připadá cca 17 klientů, má 3 roky praxe a aktivizace je hlavní pracovní náplní. Aktivizaci dělí na individuální skupinovou. V pondělí, úterý dopoledne bývá individuální aktivizace, ve středu, čtvrtek, pátek a sobotu dopoledne pak aktivizace skupinová. Od pondělí do soboty odpoledne je vždy skupinová aktivizace. Vzájemně se skupinová i individuální aktivizace doplňuje, probíhá souběžně. Aktivizační činnosti jsou od 9:00 nebo 10:00 do odpolední od 14:30. Aktivity v tomto zařízení jsou pečení, skupinové cvičení, hudební vystoupení, zahradní terapie, trénink paměti, kulturní okénko o slavné osobnosti. Aktivizační pracovníce si myslí, že aktivit mají v daném zařízení dostatek. Aktivizaci by vzhledem k časovému plánu dále nerozvíjel. V aktivizaci používají arteterapii, aromaterapii, canisterapii, felinoterapii, relaxační cvičení. Pracují s biografií a bazální stimulací. Vzdělání aktivizační pracovníce nabyta ze střední školy s maturitou, obor Ekonomické lyceum a poté kurz pracovníka v sociálních službách. Dovednosti a znalosti získala z běžného života, z kurzu pracovníka v sociálních službách si odnesla dle jejích slov „nic moc“. Aktivizační by u sebe rozvíjela arteterapii, protože ráda maluje ve svém volném čase.

DPS5 – na aktivizačního pracovníka připadá cca 30 klientů, délka praxe je 35 let a aktivizační činnost je součástí pracovní pozice sociální pracovník. Sociální pracovník (potažmo aktivizační pracovník) je vedoucím aktivizační služby, druhého aktivizačního pracovníka zaučuje, zároveň pomáhá s aktivizací klientů. Pozici aktivizačního pracovníka chce zařízení jakožto jasně vytýčenou pozici, kdy aktivizace bude hlavní náplní práce daného aktivizačního pracovníka. Aktivizace probíhá od pondělí do pátku v rámci týdenních programů. Aktivizační činnost se vytváří po domluvě s klientem, zejména se využívá skupinová aktivizační činnost. Do aktivizace zahrnují i podávání stravy klientům. Dopoledne probíhá ranní cvičení, následují skupinové aktivity. Od 14:00 navazuje jiná skupinová aktivizační činnost. U klientů, kteří se nemohou ze zdravotních důvodů skupinových aktivit zúčastnit, se využívá aktivizace individuální a pracovníci ergoterapie, fyzioterapie a rehabilitace s nimi dále pracují. Příklady aktivit: vaření, pečení, posezení u kávy, sledování televizních programů, společenské hry, canisterapie, hudební program, grilování, dny ochutnávání exotického ovoce, návštěvy externistů, kuželky, karty. Aktivizaci by sociální pracovníce rozšířila o výlety, vycházky mimo areál, větší socializaci klientů a individuální komunikaci. V tomto zařízení se aktivizační techniky nevyužívají,

protože k tomu nemají odborně proškolený personál, který je k metodám a technikám aktivizace dle sociálního pracovníka zapotřebí. Sociální pracovník absolvoval vysokoškolské magisterské studium v oboru speciální pedagogika. V aktivizaci využívá znalostí z diplomové práce, která byla na téma aktivizace klientů s demencí a věnovala ji hodně času. Také získala zkušenosti praxí v aktivizaci. Dále by u sebe nic nerozvíjela.

DPS6 – na aktivizačního pracovníka připadá 76 klientů, délka v praxi je 15 let a aktivizace je hlavní pracovní náplní. Aktivizace probíhá ve všední dny jak individuální, tak i skupinová. Dopoledne i odpoledne probíhají skupinové aktivity v rámci týdenního aktivizačního programu. Aktivizačními činnostmi jsou například křížovky, pétanque, ruční práce, trénink paměti, besedy na různé témata, návštěvy studentů, grilování s hudbou, výlety, Bingo a virtuální realita. Aktivizační pracovníce by dále aktivizaci nerozvíjela, protože je na pokraji svých kapacit. Ve svých činnostech využívá bazální stimulaci, masáže, četbu knih, poslech hudby a jiné. Při trénincích paměti pak reminiscenci a zapojení všech kognitivních funkcí. Vzdělání získala ze střední školy s maturitou, obor zdravotní asistent a k tomu se do vzdělávala v kurzu masérství. Při aktivizaci využívá znalostí z osobního života. Ráda by zapojila v rámci seberozvoji sebe i klienty do nových technologií, jako třeba virtuální realita, sociální sítě a robotika.

DPS7 – na aktivizační připadá cca 13 klientů, délka praxe jsou 4 roky a aktivizace je součástí pracovní pozice pracovníka v sociálních službách. Aktivizace probíhá ve všední dny zpravidla odpoledne na 2-3 hodiny v rámci týdenních nebo měsíčních aktivit. Dopoledne aktivizace nebývá, protože mají pracovníci v přímé péči mnoho práce s hygienou a osobní péčí o klienty. Někdo z personálu je v daný den určen jako aktivizační pracovník, v této roli se vzájemně střídají. Pracovníci si rozdělují na aktuální den pokoje s klienty, kde vykonávají přímo obslužnou práci. Určená aktivizační pracovníce ještě k tomu vykonává aktivizaci. Aktivity dělí jak na skupinové (například kavárnu, pečení, keramiku nebo větší společenské sešlosti), tak i individuální. Aktivizaci by ráda pracovníce doplnila o aktivizační pracovníky. Využívají zejména zájmových činností, procvičování motoriky, bazální stimulace a také propojují přímou péči s aktivizačními činnostmi. Vzdělání získala pracovníce v sociálních službách na střední škole s maturitou v oboru výchovná a humanitární činnost. Znalosti a dovednosti nejvíce čerpá ze své praxe z mateřských školek a domovů pro seniory a také se inspirovala aktivizací od jiných aktivizačních pracovníků. Seberozvoj by uvítala v oblasti bazální stimulace, která ji baví.

DPS8 – na jednoho aktivizačního pracovníka připadá cca 28 klientů. Délka praxe jsou 3 roky a aktivizace je hlavní pracovní činností. Skupinové a individuální aktivizace

probíhá od 8:00 do 15:30, mimo obědový čas, v rámci týdenního programu. Aktivity jsou přizpůsobeny přáním a potřebám klientů, příkladem jsou čtení, kavárna, háčkování, šití, promítání filmů, pánský klub, keramika, kavárna, oslava narozenin, procvičování paměti, práce s korálky, grilování. Zařízení má také rehabilitační pracovníky. Mimo zmíněné do zařízení dojíždí i externisté, kteří pak mají hudební či taneční vystoupení. Někdy dochází i děti ze škol s vystoupením. Aktivizační pracovníce by chtěla doplnit a rozšířit aktivizaci o výlety. Dále by pak rozšířil nabídku aktivit o jiné aktivity včetně většího podílu pet-terapie, terapeutickou činnost a aktivizaci i přes víkendy. V aktivizaci využívají canisterapii, muzikoterapii, arteterapii, bazální stimulaci, reminiscenci, trénování paměti. Také s klienty pracují rehabilitační pracovníci. Vzdělání v aktivizaci získala na vysoké škole, obor sociální práce, bakalářské studium. Dovednosti a znalosti v aktivizaci získala z vysokoškolského studia a praxí v domovech pro seniory. Aktivizační pracovníce by u sebe rozvíjela práci s tématem smrti. Současně by ji zajímalo, jak se provádí aktivizace v jiných domovech pro seniory.

5.3 Shrnutí

6 z 8 aktivizačních pracovníků vykonávají aktivizaci jako hlavní pracovní náplň. Z 8 domovů pro seniory má 6 zařízení aktivizačního pracovníka, 1 domov pro seniory tuto pozici právě zřizuje a zaučuje aktivizačního pracovníka a 1 domov pro seniory aktivizačního pracovníka, jakožto samostatnou pracovní pozici, vůbec nezavedli. Počet aktivizačních pracovníků ku poměru ke klientům pak každé zařízení zřizuje jinak. Shoda nastala pouze u dvou zařízení, na jednoho aktivizačního pracovníka připadá 17 klientů. Další detailnější rozdíly, v poskytování sociálně aktivizační služby z personálního hlediska, jsou následující:

Aktivizace v zařízení DPS4 se koná i v sobotu, dokonce DPS7 aktivizaci uskutečňuje ve všechny dny, včetně soboty i neděle, avšak aktivizační činnost provádí na 2-3 hodiny denně. V ostatních zařízeních aktivizace probíhá ve všední dny, od pondělí do pátku. Všechny zařízení sice aktivizaci dělí na individuální a skupinovou, avšak dvě zařízení v dopoledních hodinách upřednostňují pouze individuální aktivizaci. V odpoledních hodinách se ve všech 8 zařízeních konají skupinové aktivity. DPS7 provádí veškerou aktivizaci zpravidla jen odpoledne, a to na 2-3 hodiny, protože jejich hlavní pracovní náplní není aktivizace. U některých domovů pro seniory se vyskytuje definovaná část pracovní doby, kdy se věnují aktivizační pracovníce individuální aktivizaci. Naopak DPS4 a DPS8 aktivizaci individuální a skupinovou vzájemně prolínají a doplňují, probíhají

souběžně po celý pracovní den. DPS5 využívá vzhledem k malému počtu imobilních klientů spíše skupinové aktivizace, ale klientům upoutaných na lůžko se věnují individuálně. Do aktivizační činnosti řadí DPS1 a DPS5 i podávání stravy klientům, ačkoliv by tato činnost měla být součástí pracovní náplně pracovníka v sociálních službách. Aktivizační program zpravidla zahrnuje aktivity týdenní, DPS2 aktivizační program dále dělí na měsíční a roční, DPS7 na týdenní i měsíční. Aktivizační pracovníci DPS5, DPS1 a DPS8 také zmiňují, že aktivity odvíjí od potřeb a přání klientů. Pracovníci zařízení DPS3, DPS1 a DPS4 si myslí, že aktivit mají již dostatek. Co se konkrétních aktivit týče, většina aktivit se ve všech zařízeních shodují nebo minimálně stojí na stejném základu, tedy aktivity procvičující senzory, psychickou i mentální úroveň. Zvláštností může být využívání virtuální reality v zařízení DPS6, která se neobjevila v žádném jiném zařízení.

Aktivizaci by dále nerozvíjeli nebo nedoplňovali 2 aktivizační pracovníci z 8. Jde o DPS4 a DPS6. Pracovník zařízení DPS4 si myslí, že nabídka aktivit je dostačující a vzhledem k časovému plánu by dále rozšiřovat nebo rozvíjet nešla. Tento domov pro seniory provozuje aktivizaci i v sobotu, současně využívá a vzájemně doplňuje individuální a skupinovou aktivizaci. Aktivizační pracovník ze zařízení DPS6 zase tvrdí, že je na pokraji svých kapacit. Aktivizaci by tedy nerozvíjel ne z toho důvodu, že je zcela dostačující, ale protože další rozvíjení či doplnění není v jeho silách. S tím může souviset i velká pracovní vytíženost, aktivizační pracovník pracuje sám s 76 klienty. V zařízení DPS4 připadá na jednoho aktivizačního pracovníka 17 klientů. V rozvíjení a doplňování aktivizace se nejčastěji opakovala odpověď, že by aktivizační pracovníci uvítali zpět například výlety, vycházky nebo jiné aktivity mimo zařízení, které byly omezeny kvůli pandemické situaci. Aktivizaci o víkendu by chtělo rozšířit zařízení DPS1 a DPS8. Konkrétně pak pracovník zařízení DPS1 chtěl aktivizaci rozšířit nebo doplnit co do kvality aktivity, DPS5 o individuální komunikaci a socializaci klientů, DPS8 o větší podíl terapie, nabídku jiných aktivit a terapeutickou činnost pro klienty. Aktivizační pracovník zařízení DPS2 se ve své odpovědi zaměřoval na vedení domova pro seniory, rád by uvítal větší volnost ve vedení a řízení aktivizace. Jasnou odpověď dal pracovník zařízení DPS7, přál by si pro aktivizační činnost personál, který ji bude vykonávat.

Při otázce na metody a techniky aktivizace, pracovník zařízení DPS2 neuměl na otázku odpovědět ani při objasnění. Napověděla jsem později příklad reminiscence, na kterou se poté pracovník upnul, promítal ji do většiny aktivit a další techniku nebo metodu nezmínil. Za metodu a techniku považuje pracovník zařízení DPS3 jednotlivé aktivity,

podobně jako DPS6 i DPS7, které zmiňují některé konkrétní techniky (bazální stimulace, reminiscence...), ale uvádí je společně i s některými aktivitami nebo zájmovými činnostmi (čtení knihy...). Aktivizační pracovník zařízení DPS6 zahrnuje dokonce i do technik masáží těla. Tím, že DPS7 nevede samostatnou pracovní pozici aktivizačního pracovníka, tak se snaží pracovníci v sociálních službách propojovat aktivizaci s přímo obslužnou prací, jinak využívá jen některých metod a technik. DPS5 nepoužívá žádné odborné techniky nebo metody v aktivizaci, protože dle názoru aktivizačního pracovníka je k tomu zapotřebí odborně vzdělaný personál, který nemají. Mají však rehabilitačního pracovníka, ergoterapeuta a fyzioterapeuta, ale tento personál se věnuje klientům upoutaných na lůžko. Rehabilitačního pracovníka má rovněž DPS8. V zařízení DPS1 považují jako metodu i komunikaci s klienty. Nejčastěji popisovanou technikou a metodou byla reminiscence, bazální stimulace, kognitivní procvičování, arteterapie, aromaterapie, pet-terapie, trénování paměti.

Vzdělání aktivizačních pracovníků nabírá různorodosti. Vysokoškolsky vzdělaných aktivizačních pracovníků byli 3 z 8, z toho 2 jsou vzděláni v sociální oblasti. Další 4 pracovníci mají střední vzdělání s maturitou a 1 střední vzdělání s výučním listem, přičemž jejich vzdělání vůbec se sociální oblastí nespojuje. Polovina všech aktivizačních pracovníků absolvovala kvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách, u ostatních tento kurz nebyl zapotřebí, jelikož vzděláním spadají do okruhu zákonem definovaných vzdělání, které tento kurz absolvovat nemusí. Někteří se navíc dále vzdělávali v oblastech, které je zajímají, například reminiscenční kurz, masérský kurz a kurz bazální stimulace.

Know-how aktivizace byl velice často získán praxí a zkušenostmi jiných aktivizačních pracovníků. Vysokoškolsky vzdělané aktivizační pracovníce ze sociální oblasti se shodují na tom, že se aktivizační činnost naučili na vysoké škole a poté praxí. Na druhou stranu pracovník ze zařízení DPS4 tvrdí, že se know-how naučil v běžném životě a že k práci aktivizačního pracovníka není třeba speciálního vzdělání, ale hlavně lásku k práci. Z osobního života vycházel pracovník zařízení DPS6, DPS2 uvádí, mimo praxi zkušenějších aktivizačních pracovníků, péči o blízké a požadavky klientů. Za přínosné považuje aktivizační pracovník DPS1 probíhající vzdělání v psychoterapeutickém výcviku, DPS3 ukončený reminiscenční kurz. Kurz pracovníka v sociálních službách nebyl příliš dobře hodnocen. Jedna účastnice ze 4 ho ani v otázce na dovednosti/znalosti a know-how aktivizace nezmínila vůbec, ačkoliv ho ve svém vzdělání uvedla. Další dvě účastnice tvrdí, že je kurz „nic moc“ nenaučil anebo že kurz obsahuje málo témat k aktivizační činnosti. Poslední účastnice pak řekla, že byl přínosem v navázání kontaktu s klienty, ale později se

zaměřila na to, že má z tohoto kurzu kontakty na ostatní účastníky, se kterými udržuje pracovní vztah, a jsou jí pomoci v aktivizaci.

Aktivizační pracovníci by pak rádi u sebe rozvíjeli jak konkrétní aktivizační techniku, tak i činnost, která by se v aktivizaci uplatnila. Přesněji by se aktivizační pracovník zařízení DPS2 rozvíjel v oblasti šití, DPS3 v individuální komunikaci a paliativní péči, DPS4 v arteterapii, DPS6 by chtěl zapojit sebe i klienty do nových technologií (virtuální realita, sociální sítě, robotika), DPS7 bazální stimulaci, DPS8 mluvit o tématu smrti. Aktivizační pracovníci zařízení DPS1 a DPS8 se shodli na tom, že by se rádi zúčastnili praxe v oblasti aktivizační činnosti v jiných domovech pro seniory. Pracovník zařízení DPS5 naopak uvedl, že by u sebe nerozvíjel nic.

Shrneme-li odpovědi všech aktivizačních pracovníků k otázkám, tak tedy aktivizaci zmíněná zařízení provozují zejména ve všední dny, dvě zařízení i o víkendu. Jednotlivá zařízení se liší ve využívání individuální a skupinové aktivizace. Dvě zařízení upřednostňují individuální aktivizaci jen dopoledne, mimo ně pak ostatní využívají dopoledne skupinové aktivizace. Všechny zařízení mají skupinovou aktivizaci odpoledne a jedno zařízení dokonce pouze odpoledne, a to na 2-3 hodiny. Skupinovou a individuální aktivizaci provozují dvě zařízení souběžně po celý pracovní den. Pracovníci v sociálních službách, kteří vykonávají aktivizaci, propojují přímo obslužnou práci s aktivizací. Co se aktivizačního programu týče, tak jedno zařízení program dělí na týdenní, měsíční a roční aktivity, jedno na týdenní a měsíční program a ostatní využívají programů týdenních. Druhy aktivizačních činností se v podstatě ve všech zařízeních shodují, výjimku má zařízení, které využívá při své práci virtuální reality, která se neobjevila v žádném jiném zařízení. Výjimkou je také podávání stravy klientům, které dvě zařízení zahrnují do aktivizačních činností. Tři aktivizační pracovníci hodnotí aktivizační činnost v daném zařízení za dostačující.

V zařízení by aktivizaci dva aktivizační pracovníci nijak nerozvíjeli a ani nedoplňovali. Častokrát se opakovala odpověď, že by pracovníci rádi zpět uvítali výlety nebo akce mimo své zařízení, které nebyly možné kvůli omezením vlivem pandemické situace u nás. Dále byla uváděna například aktivizace o víkendu, kvalitnější aktivity, rozvoj individuální komunikace, socializace klientů, větší využívání pet-terapie, zavedení terapeutické činnosti pro klienty a volnost ve vedení a řízení aktivizace. Naopak pracovník v sociálních službách, který aktivizaci vykonává, by jednoznačně uvítal aktivizačního pracovníka.

Odpovědi v aktivizačních metodách a technikách se v mnohém odlišují. Jeden aktivizační pracovník na otázku nedokázal příliš odpovědět. Ostatní pak buď jmenovali aktivizační techniky a metody (reminiscence, bazální stimulace, pet-terapie, arteterapie aj.), nebo do nich zahrnovali zároveň i samotné konkrétní aktivizační činnosti, komunikaci a masáž těla. Jedno zařízení nevyužívá žádných aktivizačních metod ani technik, protože má za to, že je k tomu zapotřebí odborně vedený personál, který v zařízení nemají.

Vzdělání aktivizačních pracovníků se shoduje ve většině případů v absolvování kvalifikačního kurzu pracovníka v sociálních službách a ve vzdělání zakončené maturitní zkouškou, přičemž vzdělání zpravidla nesouvisí se sociální činností. Vysokoškolské vzdělání v sociální oblasti mají pouze dva pracovníci, kteří získali dovednosti a znalosti v aktivizaci z vysoké školy a praxe. Ostatní získali know-how v osobním či běžném životě, péči o blízké, z požadavků klientů, vzděláváním v psychoterapii, z reminiscenčního kurzu a z kurzu pracovníka v sociálních službách v navázání komunikace s klienty. Kurz pracovníka v sociálních službách v aktivizaci nebyl příliš kladně hodnocen. Nejvíce se ale opakovala odpověď, že know-how aktivizace aktivizační pracovníci získali od zkušenějších aktivizačních pracovníků a praxí.

U sebe by pak sociální pracovnice, která aktivizaci vykonává, nerozvíjela nic. Dva aktivizační pracovníci by se rádi zúčastnili praxe aktivizačních činností v jiném zařízení. Dále pak byly uváděn rozvoj v činnosti, která se uplatňuje při aktivizaci (šití, využívání nových technologií) a seberozvoj v aktivizační technice (arteterapie, bazální stimulace).

5.4 Diskuze

Zda všechny domovy pro seniory na území hlavního města Prahy zřizují pozici aktivizačního pracovníka (případně v jakém poměru ke klientům) jsem bohužel nedokázala zjistit. Ačkoliv lze v některých případech dohledat kontakt na aktivizačního pracovníka (tudíž pracovní pozice aktivizačního pracovníka v domově pro seniory existuje) na webových stránkách konkrétního domova pro seniory, sama jsem si ověřila, že ho některé domovy pro seniory na svém webu vůbec neuvádí, i přesto, že tato pracovní pozice v zařízení existuje. Pro větší konkrétnost mohu uvést, že 8 ze 32 současných domovů pro seniory na území hlavního města Prahy na svém webu uvádí kontakt na aktivizačního pracovníka, ale do výzkumu se zapojily i domovy pro seniory, který tento kontakt na webu neuvádí a pozici aktivizačního pracovníka vede. Z 32 domovů pro seniory na otázku, zda aktivizačního pracovníka vedou, odpovědělo 8 zařízení. Z těchto 8 zařízení jedno zařízení vytyčenou pozici aktivizačního pracovníka vůbec nemá, aktivizace je součástí práce pracovníka v sociálních službách. Další zařízení pak tuto pozici právě zřizuje, aktivizací se zabývá sociální pracovník, který aktivizačního pracovníka teprve zaučuje. Aktivizační činnost jako samostatně vytyčenou pracovní pozici vede 6 zařízení z 8. Největší část vzdělání aktivizačních pracovníků tvoří středoškolské s maturitou nebo s výučním listem, své zastoupení má i vysokoškolské vzdělání. Mimo tři aktivizační pracovníky, kteří jsou vzděláni v sociálním oboru, mají ostatní vzdělání nesouvisející se sociální oblastí. Kurz pracovníka v sociálních službách absolvovali 4 aktivizační pracovníci z 8, kdy pouze jeden z jejich účastníků poznatky z kurzu využívá ve své praxi. Další účastníci kurz pracovníka v sociálních službách nehodnotí příliš kladně. Dle jejich názoru se tématem aktivizace kurz zabývá v malé míře, nebo jim kurz „nic moc“ nedal. Motlová et al. (2019) tvrdí, že se na aktivizaci v domovech pro seniory podílí především sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a ze zdravotní oblasti všeobecné sestry. Mnou provedený výzkum ukázal, že na aktivizaci jsou v 6 z 8 případech vytyčeni aktivizační pracovníci, kteří zpravidla absolvovali kurz pracovníka v sociálních službách, avšak jejich pozice jako pracovník v sociálních službách vedena není. Pouze 2 případy z 8 ukázaly, že aktivizaci provádí sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Pracovník v sociálních službách by si v rámci rozvíjení a doplnění aktivizace přál jednoznačně aktivizačního

pracovníka, „*My nemáme moc čas na aktivizaci, máme hodně práce v péči, hlavně ať jsou na to lidi.*“.

Jako dostačující vzdělání aktivizačního pracovníka uvádí Musil, Kubalčíková, Kubínová (2006) oborově nespecifické, středoškolské vzdělání doplněné či podpořené vzděláváním dovedností v konkrétním typu zájmové činnosti a schopností „práce s lidmi“. Jak je již naznačeno výše, aktivizační pracovníci mají z větší části středoškolské vzdělání, jde o 5 aktivizačních pracovníků a z nich si 3 pracovníci doplnili vzdělání v konkrétním typu zájmové činnosti absolvovali (masérský kurz, reminiscenční kurz, bazální stimulace). Novotná (2014) naopak doporučuje ve vzdělání aktivizačních pracovníků vyšší odborné či vysokoškolské studium. Vysokoškolské vzdělání mají 3 pracovníci, z toho 2 v sociální oblasti. Pravdou je, že se tito 2 vysokoškolsky vzdělaní aktivizační pracovníci ze sociální oblasti shodují na tom, že studium vysoké školy a praxe je pro ně v aktivizaci dostačující, co se týče dovedností a znalostí.

Musil, Kubalčíková, Kubínová (2006) ve své práci před 15 lety, kdy se pozice aktivizačního pracovníka v domově pro seniory teprve začala utvářet, popisují taktéž představu pracovní náplně aktivizačního pracovníka. Budoucí představy o aktivizačním pracovníkovi byly dle autorů takové, že zaprvé bude přímo vyhrazena pracovní pozice aktivizačního pracovníka, zadruhé bude aktivizační pracovník zároveň provádět rehabilitační činnost, nebo třetí možnost, že budou v zařízení aktivizovat jak aktivizační pracovníci, tak i pracovníci rehabilitační. Ze získaných výsledků vyplývá, že 6 zařízení z 8 vede pozici aktivizačního pracovníka. Tito aktivizační pracovníci přímo rehabilitační cvičení jako takové neprovádějí. Za jistou formu propojení rehabilitačního cvičení a aktivizace můžeme považovat různé druhy cvičení se seniory i masáže, které jsou součástí aktivizačních činností, avšak nejde o činnost vedenou odborníkem na rehabilitaci. Dvě zařízení rehabilitačního pracovníka využívá, aktivizační pracovníci rehabilitační pracovníky zmiňují v rámci aktivizačních činností. Tato pozice v zařízeních existuje odděleně.

Aktivizační činnosti výše zmíněných zařízení trénují, jak uvádí Motlová et al. (2019), zejména kognitivní funkce, smysly a paměť. Také její tvrzení se shoduje s tím, že v některých zařízeních bývá považována činnost v péči o klienta jako součást aktivizace. V zařízeních se mimo jiné snaží utvářet aktivizační činnosti na základě přání a potřeby klientů, což Mlýnková (2017) zdůrazňuje jako nutnost při volbě aktivit.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zaměřit se na rozdíl v personálním provedení sociálně aktivizační služby pracovníků domova pro seniory, a to vzhledem k jejich kvalifikaci a charakteru práce v tomto zařízení.

Z výsledků této práce vyplynulo, že optimálním řešením je samostatně vytýčená pracovní pozice aktivizačního pracovníka. Poměr aktivizačního pracovníka ke klientům si každé zařízení zřizuje jinak, avšak jisté je, že poměr 76 klientů na jednoho aktivizačního pracovníka vede k přetížení. Co se vzdělání týče, nejvhodnějším se jeví vysokoškolské vzdělání v sociálním oboru, které je v aktivizaci shodně hodnoceno za dostačující. Problémem však může být ochota vysokoškolsky vzdělaných osob ze sociální oblasti pracovat v domově pro seniory jako aktivizační pracovník. V tomto ohledu se lze připojit k názoru sociální pracovníce, která se na mém výzkumu podílela: *„Měli by to dělat lidé s vysokoškolským titulem, ale tady je riziko zase toho, že to není moc dobře placený a ten člověk by neměl tolik peněz s tím titulem. Sama jsem se vždycky rozčilovala, že aktivizaci dělají lidé bez titulu, dělají ji lidé z různých profesí, který s tím vůbec nesouvisí, ale nakonec by stejně vysokoškolský titul nebyl úplně uplatněný, protože tohle není dobře ohodnocená práce“.*

Aktivizační činnost, program, využívané techniky či metody, know-how aktivizace, seberozvoj aj. se dle mého názoru zcela zásadně odvíjí od vzdělání a praxe aktivizačního pracovníka. Osobně bych doporučovala samostatně vytýčenou pozici aktivizačního pracovníka v domově pro seniory s minimálně středoškolským vzděláním v sociální oblasti. Vzdělání v jiném než sociálním oboru, se mi jeví jako nedostatečné, a to i vzhledem ke zpětné vazbě absolventů kurzu pracovníka v sociálních službách, který tyto osoby musí absolvovat při práci se seniory. Za ideální a kvalitní vzdělání pak považuji vysokoškolské vzdělání v sociální oblasti, které je dle výše popsaného považováno za dostačující a poskytuje aktivizačnímu pracovníkovi dostatečnou přípravu v aktivizaci seniorů. Takto vzdělané pracovníky je důležité k práci aktivizace při nejmenším finančně motivovat. Za klíčové považuji poměr počtu aktivizačních pracovníků ku poměru ke klientům tak, aby nebyl přetížen a nesnižovala se tak zbytečně kvalita poskytování sociálně aktivizačních služeb. Pokud bude přetrvávat i nadále trend ve vzdělání aktivizačních pracovníků převážně v rámci kurzu pracovníka v sociálních službách, je zapotřebí se pak zaměřit na jeho kvalitu tak, aby aktivizační pracovníky připravil v odpovídající míře a bral větší ohled na to, že jeho účastníci se zpravidla s prací a aktivizací seniorů nikdy neseťkali.

Výsledky této práce se týkají jen osmi zařízení na území hlavního města Prahy, jedná se tedy o sondu do situace umožňující náhled na danou problematiku. Lze proto předpokládat, že šetření provedeného ve všech 32 zařízeních by mohlo u některých oblastí změnit či upřesnit výsledky. Dalším omezením tohoto výzkumu může být fakt, že byl realizovaný v Praze a v tomto městě existuje nejvíce možností personálního provedení sociálně aktivizační služby, vzdělávání aktivizačních pracovníků včetně absolvování různých kurzů a vzájemné spolupráce. To vše se může lišit od možností domovů pro seniory v méně zalidněných městech či oblastech, které mají uvedené možnosti z různých důvodů omezeny.

Další výzkum by se tedy mohl zaměřovat na poskytování sociálně aktivizační služby v domově pro seniory v menších městech nebo oblastech.

Seznam použité literatury

BALTES, Paul B. a Margret M. BALTES, ed. *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. ISBN 0-521-43582-X.

BERTINI, Kristine. *Strength for the Sandwich Generation: Help to Thrive While Simultaneously Caring for Our Kids and Our Aging Parents*. 2011. ISBN 9781598843644.

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

DISMAN, Miroslav, Olga ŠMÍDOVÁ a Jiří ORT. *Jak se vyrábí sociologická znalost / Miroslav Disman ; recenzovali, Olga Smídková, Jiří Ort*. 2011. ISBN 9788024619668.

Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2015. ISBN 978-80-904668-8-3.

DUDOVÁ, Radka. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory / Radka Dudová*. 2015. ISBN 9788073302603.

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

GOLDSTEIN, Esther. *How to Make the Transition to Retirement Living Easier*, [online]. © Senioropolis Inc. 2021 [cit. 2021-03-28]. Dostupné z: <https://www.senioropolis.com/article-general.asp?ID=3>

HARTL, Pavel. *Komunita občanská a komunita terapeutická / Pavel Hartl*. 1997. ISBN 8085850451.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří / Helena Haškovcová*. 2010. ISBN 9788087109199.

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

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace / Jan Hendl*. 2016. ISBN 9788026209829.

HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu / Jan Hendl*. 1999. ISBN 8024600307.

CHLOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.

KRATOCHVÍLOVÁ KŘEMENOVÁ, Renata. *Adaptační proces klienta seniora v zařízení sociálních služeb – 3. díl*. Sociální služby, 2018. roč. 20, č. 6-7, s. 20-21. ISSN 1803-7348.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 3. aktual. a dopl. vyd. Olomouc: ANAG, 2005. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 80-7263-083-0.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011. Psyché. ISBN 978-80-247-3604-4.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie: 2., aktualizované vydání*. Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1284-0.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1638-6.

MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vydání třetí nezměněné. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce / Oldřich Matoušek a kol.* 2013. ISBN 9788026202134.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Druhé, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor / Ján Mišovič*. 2019. ISBN 9788074192852.

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

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost, 2. doplněné vydání*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0132-0.

MOTLOVÁ, STASKOVÁ, VACKOVÁ, TREŠLOVÁ, DVOŘÁČKOVÁ, MOJŽÍŠOVÁ, 2019. Trendy v péči v domovech pro seniory v České republice *Praktický lékař*. **99**(2), 68-73. ISSN 1805-4544.

MPSV, 2018. *Závěrečná zpráva z dotazníkového šetření pracovníků v sociálních službách, poskytovatelů sociálních služeb a vzdělávacích subjektů*. [online]. [cit. 2021-03-21].

Dostupné

z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/1061545/PSS_zpr%C3%A1va+z+dotazn%C3%A1dkov%C3%A9ho+C5%A1et%C5%99en%C3%AD.pdf/9a1c4639-1b65-19a2-840d-ea313c4cd4a

MPSV, 2019. *Analýza stávající situace v oblasti vzdělávání pracovníků v sociálních službách v ČR.* [cit. 2021-03-21]. Dostupné z https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Analytick%C3%A1_zpr%C3%A1va_Vzd%C4%9B%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD_PSS.pdf/43e18e2f-39b1-e8f4-d93c-c7626f9bc9ab

MPSV, 2021. *Registr poskytovatelů sociálních služeb,* [online]. [cit. 2021-03-21]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?sd=domovy+pro+seniory&zak=Hlavn%C3%AD+m%C4%9Bsto+Praha&zaok=Hlavn%C3%AD+m%C4%9Bsto+Praha&SUBSESION_ID=1616325385008_3

MPSV, 2021. *Registr poskytovatelů sociálních služeb,* [online]. [cit. 2021-03-21]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?sd=domovy+pro+seniory&zak=&zaok=&SUBSESION_ID=1616325633694_6

MÜHLPACHR, Pavel, ed. *Sociální práce jako životní pomoc.* Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-62-4.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika.* Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

MUSIL, L., KUBALČÍKOVÁ, K., HUBÍKOVÁ, O., 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory.* Praha: VÚPSV. ISBN 80-87007-41-7.

NOVOTNÁ, Aneta. 2014. *Aktivizační programy pro seniory* [online]. [cit. 2021-07-12]. Dostupné z: https://www.seniorzone.cz/33/aktivizacni-programy-pro-seniory-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErIHWTr4_CGK2HDP5bOSm0M/?uri_view_type=44&uid=1YypLqGUQIfORJOBMIZJZyA&e=12n7pVTjMvr8JjJgXDp25C4YEO2rB1jR

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

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

POLÁCHOVÁ, E. *Adaptace a příprava na stáří*. In: *Sestra*, 2007, roč. 17, s. 49

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů / Jiří Reichel*. 2009. ISBN 9788024730066.

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2019. *Průvodce* [online]. © MPSV 2020 [cit. 21.03.2021]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_sociálních_věcí_2019+%281%29.pdf/9da5cc00-7d78-7caa-6bf2-01ecccdeabd7

ŠVAŘÍČEK, Roman. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách / Roman Švaříček, Klára Šed'ová a kol.* 2007. ISBN 9788026202738.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. II., Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana. *Mezi láskou a povinností - péče očima pečovatелů / Truhlářová Zuzana, Levická Jana, Vosečková Alena, Mydlíková Eva*. 2015. ISBN 9788074355707.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Seznam grafů

Graf 1 – Způsoby získávání kvalifikace pro výkon pracovníka v sociálních službách	24
Graf 2 – Praktická využitelnost tematických okruhů kvalifikačního kurzu...25	
Graf 3 – Podíl teorie a praxe kvalifikačního kurzu pracovníka v sociálních službách	26
Graf 4 – Žádaná témata dalšího vzdělávání	32

Seznam zkratk

DPS – domov pro seniory

Příloha

Otázky k rozhovoru

1. Jakým způsobem je u Vás v zařízení aktivizace vykonávána? (častost + časová dotace, program, techniky)
2. Jak byste případně ještě doplnil/a, rozvinul/a aktivizaci ve Vašem zařízení?
3. Jaké aktivizační techniky a metody při aktivizaci klientů využíváte?
Jaké je Vaše vzdělání a v jakém oboru?
4. Jaké znalosti a dovednosti získané z tohoto vzdělání užíváte při aktivizaci seniorů?
Případně, kde jste získal/a know-how?
5. Jakou oblast v rámci aktivizace byste u sebe rád/a rozvíjel/a?