

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Jana Nedomová

Faktory ovlivňující rozhodnutí seniorů využít aktivizační programy

Factors influencing senior decisions to use activation programs

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 3. srpna 2015

.....

Jméno a příjmení

Poděkování

Děkuji PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D. za laskavé vedení, řadu neocenitelných rad, pochopení a vstřícnost při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich upřímné výpovědi a ochotu účastnit se výzkumu.

Abstrakt

Cílem této práce je zjistit faktory, které ovlivňují rozhodnutí seniorů využít aktivizační programy.

Teoretická část práce shrnuje základní pojmy studia stáří a stárnutí, sociální služby pro seniory, systémové souvislosti a současné trendy v péči o seniory, význam aktivizace seniorů, motivaci, konkrétní podoby aktivizačních programů a proces jejich vytváření.

Empirická část práce analyzuje data získaná metodou kvalitativního výzkumu. Z výsledků práce vyplynulo, že se senioři chtějí věnovat více sobě, cítit se dobře, udržovat se v kondici, rozšiřovat si znalosti a dovednosti, zažít pocit uplatnění a porozumění, potřebu radosti a v neposlední řadě být mezi lidmi, komunikovat s nimi a poznávat je. Výsledky tak potvrdily důležitost aktivizačních programů pro seniory, které podporují jak fyzické, tak duševní zdraví.

Abstract

The aim of this study is to identify factors influencing senior decisions to use activation programs.

The theoretical part summarizes the basic concepts of age and aging studies, social services for the elderly, the system context and current trends in care for the elderly, the importance of activation of seniors, motivation, specific forms of activation programs and their creation process.

The empirical part analyzes of the data obtained using qualitative research. The results of this study showed that the seniors want to do more themselves, feel good, keep fit, to enhance their knowledge and skills, to experience the feeling of being useful and understanding, the need of joy and, not least, be among people, interact with them and learn about them. The results thus confirmed the importance of activation programs for seniors that promote both physical and mental health.

Klíčová slova:

Senior, aktivizace, aktivizační programy, sociální služby pro seniory

Keywords:

Senior, activation, activation programs, social services for the elderly

Obsah

1	Základní pojmy studia stárnutí a stáří.....	8
1.1	Pohled na stáří	8
1.2	Proces stárnutí	8
1.3	Aktivní stárnutí.....	9
1.4	Potřeby seniorů.....	10
2	Sociální služby pro seniory v České republice.....	12
2.1	Druhy sociálních služeb:.....	13
2.2	Systémové souvislosti a současné trendy v péči o seniory.....	23
3	Význam aktivizace seniorů	30
3.1	Základní pojmy.....	30
3.2	Motivace seniorů	32
3.3	Dobrovolnictví.....	33
4	Aktivizační programy pro seniory.....	35
4.1	Druhy aktivizačních programů.....	35
4.2	Vytváření aktivizačních programů	43
5	Výzkumné šetření	44
6	Výsledky	47
7	Diskuze	65
8	Závěr	68
9	Seznam použitých zdrojů	70
10	Seznam příloh	73

Úvod

S postupujícím demografickým stárnutím se senioři stávají stále více heterogenní skupinou, především s ohledem na jejich funkční zdatnost a soběstačnost. Téma aktivizačních programů mi tak připadá stále aktuálnější. Je potřeba překonávat a měnit dosavadní stereotypní pohledy na stáří a stárnutí a poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na společenském životě. Na druhou stranu senioři musí sami chtít a naučit se využívat všech možností, které jim společnost nabízí k posílení vlastního postavení, k dosažení bezpečného stárnutí, k plnému a rovnoprávnému zapojení.

Práce se seniory má zajisté svá specifika, která by měl znát každý pracovník přicházející do kontaktu s touto cílovou skupinou. Nelze totiž předpokládat, že všichni mohou být aktivní na trhu práce a v rámci občanské společnosti či rodiny. Zajištění důstojné a odpovídající péče proto patří k povinnostem každé společnosti, která reprezentuje úroveň vyspělosti dané země.

Toto téma diplomové práce jsem si zvolila především proto, že pracuji jako sociální pracovnice v centru denních služeb, které poskytuje ambulantní formu aktivizačních programů. Čerpala jsem i ze zkušeností z minulého zaměstnání, kdy jsem působila jako pracovnice klubu pro seniory. Téma aktivizace je stále aktuálnější a vzhledem k demografickému stárnutí potřebnější.

Teoretická část práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se věnuje základním pojmům studia stáří a stárnutí, současnému pohledu na stáří, procesu stárnutí, významu pojmu aktivního stárnutí a potřebám seniorů. V druhé kapitole jsem se zaměřila na sociální služby pro seniory v České republice, kde popisuji formy a druhy sociálních služeb a uvádím konkrétní podoby sociálních služeb dle zákona o sociálních službách. Okrajově se zmiňuji o zdravotnických službách, které přestože spadají pod kompetence jiného ministerstva, nelze je opomíjet. Také uvádím systémové souvislosti a současné trendy v péči o seniory. Ve třetí kapitole se zabývám již samotným významem aktivizace u seniorů. Vysvětluji zde základní pojmy, které se v souvislosti s aktivizací používají, vyzdvihují motivaci seniorů a ve zkratce uvádím význam dobrovolnictví. V poslední kapitole teoretické části uvádím konkrétní druhy a podoby aktivizačních programů a jejich proces vytváření.

Empirickou část této diplomové práce tvoří kvalitativní výzkum, jehož cílem je zjistit faktory ovlivňující rozhodnutí seniorů využít aktivizační programy.

TEORETICKÁ ČÁST

Cílem této práce není popsat kompletně proces stáří a stárnutí se všemi jeho změnami a důsledky, ale naopak zachytit to podstatné pro význam aktivizačních činností. Teoretická část prochází komplexně oblastí potřeb seniorů, faktory ovlivňující jejich rozhodování, významem aktivizace, službami pro seniory, až po využívání konkrétních aktivizačních programů.

1 Základní pojmy studia stárnutí a stáří

V úvodní kapitole nastíním aktuální pohled společnosti na stáří, proces stárnutí a uvedu potřeby seniorů a jejich naplňování.

1.1 Pohled na stáří

V moderním přístupu se ke stárnutí a péči o seniory prosadila komplexní dynamická teorie, která vidí člověka v jeho celkovém holistickém pojetí a vnímá ho jako jedince s individuálními potřebami. Je potřeba aktivitami podporovat funkci lidského těla a mysli, neboť schopnost regenerace se nečinností ztrácí. Tělo i mysl mají schopnost správně fungovat po dlouhá léta, jen jim to musíme umožnit.

Jak opakovaně zmiňuje Rheinwaldová (1999), nemoc není nevyhnutelným důsledkem stáří, ale výsledkem našeho života a přemýšlení. Na naše tělo nemají hlavní vliv ani tak prožitá léta, ale zlozvyky a nezdravý životní styl. Toto je příčina mnoha psychosomatických onemocnění, která se mohou objevit nejen ve vyšším věku. Ke konci života se vše sčítá a odrazí se ve zdravotních problémech, které lidé přičítají právě stáří. Tento jednostranný pohled na člověka jako na stroj, který by měl s přibývajícím věkem zpomalit a začít se šetřit, vede k pasivnímu vnímání způsobu života. Tuto představu považuje Rheinwaldová (1999) za výmluvu, pohodlnost, nedostatečnou motivaci nebo mentální atrofii. Upozorňuje, že žádné studie nedokázaly, že hlavní příčinou nemocí je faktor stáří. Tělo i mysl dokáží znovu a znovu obnovovat své schopnosti.

1.2 Proces stárnutí

Stárnutí společnosti postihuje ve větší či menší míře všechny země a je dnes již nevyhnutelným celosvětovým problémem. K vymezení pojmu senior se nejčastěji používá kalendářní věk. Světová zdravotnická organizace pracuje s patnáctiletými cykly a uvádí následující klasifikaci:

- Ranné stáří neboli vyšší věk (60 – 74 let)
- Vlastní stáří neboli stařecký věk (75 -89 let)
- Dlouhověkost (90 let a více), (Holczerová, Dvořáčková, 2012)

Demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek (Svobodová). Proces stárnutí je tak základní zkušeností všech lidí a má řadu sociálních, ekonomických i politických důsledků. Ve vyspělých zemích lidé ve věku 65 let a starší jsou nejrychleji rostoucí skupinou a představují přibližně 20% populace (Lobo, 2011).

Podle dlouhodobých prognóz budoucího vývoje počtu a věkové struktury obyvatelstva bude podíl starších lidí v populaci stále narůstat. Podstatným prvkem se stane především nárůst podílu osob nad 70 let. Tento sociální jev přináší řadu problémů, především zvýšené náklady na sociální zabezpečení a zdravotní péči (Svobodová).

1.3 Aktivní stárnutí

Pro účely této práce je vhodné zmínit aktivní stárnutí. Termín aktivní stárnutí byl přijat Světovou zdravotnickou organizací koncem 90. let 20. století. Pojem aktivní stárnutí obsahuje nezávislost, účast na společenském dění, důstojnost, péči a seberealizaci (Holczerová, Dvořáčková, 2012). Tento proces má za cíl zvýšit kvalitu života ve vyšším věku. Jedná se o výběr z nejlepších možných příležitostí pro zdraví, účast na dění a zajištění ochrany a bezpečí. Aktivní stárnutí tak umožňuje lidem realizovat potenciál pro fyzickou, sociální a duševní pohodu, možnost zapojovat se do společnosti a zároveň zajišťovat odpovídající ochranu a péči. Udržování samostatnosti a nezávislosti je klíčovým cílem v rámci politiky pro aktivní stárnutí (WHO, 2015).

Odchodem do důchodu se mění životní stereotypy seniorů. Dochází k přerušování kontaktů, snižují se finanční zdroje a starší člověk mnohdy začne žít osaměle a cítí se neužitečný. Východiskem této situace je zapojení se do zájmové činnosti, rozvíjení zájmů a zálib (Haškovcová, 2001).

Dle empirických výzkumů jsou životní pole člověka v rovnováze. To znamená, že změna v jedné oblasti vytváří tlak i na změny ve zbývajících systémech. Ukončení pracovní aktivity zasáhne do sociálního pole seniora a náhle se prvky promění nebo úplně zmizí. Tento fakt může přinést ulehčení, ale také sociální frustraci, pocit izolovanosti a zbytečnosti (Sak, Kolesárová, 2012)

Ve výzkumu Haškovcové (2001) bylo opakovaně zjištěno, že velkoměstská populace starších osob žije i do vysokého věku velmi aktivně, společensky. Dále vyšlo najevo, že se tito lidé zajímají o dění ve státě, čtou noviny, sledují televizi, poslouchají rozhlas. Pozitivní bylo zjištění, že téměř 90 % seniorů chodí na procházky, někteří dokonce pravidelně.

Rozhodnutí seniorů využít nějakou aktivitu ovlivňuje řada faktorů. Dle Haškovcové (2001) jsou jimi:

1. společenská atmosféra,
(úkolem každé společnosti je seniory integrovat)
2. individualita člověka,
(respekt vlastní filosofie, osobnosti a přání)
3. zdravotní stav člověka,
(s přibývajícím věkem rostou zdravotní problémy)
4. nabídka možností.
(rozdílet nabídku možností aktivit v komunitě i institucích)

1.4 Potřeby seniorů

Starý člověk může změnit svou hodnotovou orientaci potřeb, ale stále potřebuje všechny uspokojovat (Rheinwaldová, 1999). Potřeby člověka nestaví pouze na biologické bázi, ale také souvisí s jeho sociální a pracovní existencí ve společnosti (Klvetová, Dlabalová, 2008). Podstatnou změnou, ke které dochází ve stáří, je fakt, že senioři mnoho potřeb přestávají být schopni uspokojovat sami.

V životě člověka dochází k neustálému uspokojování potřeb. Potřeby nevznikají izolovaně, ale vzájemně se ovlivňují. Některé nám přijdou samozřejmé (např. potřeba dýchání, spánku, jídla, pití, vyprazdňování). Problémy nastávají až tehdy, kdy tyto biologické potřeby nejsou naplňovány a my si tak uvědomujeme jejich důležitost a zásadní význam vzhledem ke zdraví. Naopak potřeba spokojenosti, lásky, úspěchu, pochopení, svobody, seberealizace se stávají pro člověka cílem, přáním a při jejich naplňování jim věnujeme dost pozornosti a síly. Tyto psychosociální potřeby mají pro člověka velkou hodnotu. Pokud jsou splněny fyziologické potřeby, je otevřen prostor pro uspokojování psychických a sociálních potřeb.

Jak jsem již zmiňovala, ve stáří dochází ke změnám v hodnotové orientaci potřeb. Potřeba může být uspokojena (saturována) nebo neuspokojena (frustrována). Může dojít i

k tomu, že saturace jedné z potřeb může frustrovat potřebu jinou. Situace, kdy nejsou potřeby v dostatečné míře a dlouhodobě uspokojovány, se označuje jako deprivace (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Existuje mnoho klasifikací a hierarchie potřeb od různých autorů. Pro tuto práci zmíním základní klasifikaci dle Abrahama H. Maslowa.

Základní stupnice potřeb, kterou vytvořil americký humanistický psycholog Abraham H. Maslow (1908 – 1970), bývá znázorňována jako pyramida.



Těchto pět základních potřeb tvoří pomyslnou pyramidu, jejíž spodní část představují potřeby s nejvyšší prioritou. Teprve po částečném naplnění základních potřeb na spodní hranici pyramidy, může dojít k uspokojení potřeb výše v hierarchii. To znamená, že nejnaléhavější biologické potřeby jsou obvykle podmínkou pro uplatnění vývojově vyšších potřeb. U mladších lidí jsou tyto vyšší potřeby naplňovány kromě rodiny v pracovním procesu. Senioři se cítí více osamocení, tím se zvyšuje potřeba lásky a sounáležitosti a dochází u nich k větší fixaci na rodinu. Odlišnost potřeb u seniorů netkví v rozdílných potřebách, ale ve způsobu a možnosti jejich uspokojování (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Sociální služby mohou mimo jiné uspokojovat potřeby klientů tím, že na ně reagují vytvořením vhodných aktivizačních programů. Je třeba zohledňovat individuální nastavení potřeb a vždy uplatňovat komplexní přístup ke klientovi. I stáří představuje období života, ve kterém může pokračovat všestranný a harmonický rozvoj osobnosti.

2 Sociální služby pro seniory v České republice

Sociální služby pro seniory se mají zaměřovat spíše na podporu než péči. Poskytování sociálních služeb převážně v pobytové formě je neudržitelné. Objevuje se akcent na deinstitucionalizaci ústavní péče. Proto je zapotřebí:

- podporovat zdravé seniory v ekonomických aktivitách,
- podporovat samostatné bydlení a setrvání seniorů v jejich přirozeném sociálním prostředí,
- podporovat sociální komunikaci v sociálním prostředí,
- nabídnout aktivity pro volný čas (Tomeš, 2011).

Systém sociálních služeb je v ČR upraven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Služby dle tohoto zákona spadají pod resort Ministerstva práce a sociálních věcí. Proces deinstitucionalizace by se měl opírat o důslednou implementaci zákona o sociálních službách a standardů kvality. Jako předpoklady úspěšného procesu transformace lze považovat:

- osvětu veřejnosti a samotných uživatelů,
- aktivní spolupráci všech účastníků procesu,
- přípravu (vzdělávání) pracovníků sociálních služeb na nové úkoly,
- metodickou a finanční podporu státu a dalších institucí veřejné správy (Tomeš, 2011).

Na následujících řádcích vymezují základní zásady zmíněného zákona:

- Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.
- Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.
- Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.
- Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Zákon se dále věnuje základním pojmům, okruhu oprávněných osob, působnosti v oblasti sociálních služeb, poskytovatelům sociálních služeb. V další části upravuje

příspěvek na péči, podmínky jeho nároku a vše s tím související. Dále definuje základní druhy a formy sociálních služeb. Neopomíná inspekci sociálních služeb, upravuje mlčenlivost, financování sociálních služeb a správní delikty. Na konci právní úpravy nalezneme předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách a možnosti akreditace vzdělávacích zařízení a programů.

Dostupné studie odhadují, že „80 až 90 % osob starších 65 let je soběstačných s pomocí rodiny a nejbližšího okolí, 13 % potřebuje pomoc v domácnosti, 7 až 8 % potřebuje soustavnou domácí péči a asi 2 % soustavnou péči ústavní. Čili zhruba čtvrtina lidí ve věku nad 65 let vyžaduje nějakou formu pomoci.“ (Komparace služeb sociální péče o seniory, 2010, s. 21)

2.1 Druhy sociálních služeb:

- a) Sociální poradenství
- b) Služby sociální péče
- c) Služby sociální prevence

Existují tři formy poskytování sociálních služeb: pobytové, ambulantní nebo terénní.

Sociální poradenství

Sociální poradenství se dále dělí na základní a odborné. Základní sociální poradenství zahrnuje potřebné informace přispívající k řešení nepříznivé situace klienta. Jedná se o základní činnost všech druhů sociálních služeb, kterou je poskytovatel povinen vždy zajistit.

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. Na konci této podkapitoly naleznete graf, který znázorňuje přehled služeb sociální péče pro seniory (Graf 1).

Terénní a ambulantní služby

Jednou z možností poskytování sociálních služeb je forma terénní. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Druhou formou je ambulantní poskytování sociálních služeb, kdy osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba je poskytována za úhradu od klienta (§ 39 zákona o sociálních službách).

Základní poskytované úkony dle § 39 zákona o sociálních službách jsou:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 225 služeb osobní asistence.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony. Především tímto časovým omezením se odlišuje od osobní asistence. Služba je poskytována za úhradu od klienta (§ 40 zákona o sociálních službách).

Základní poskytované úkony dle § 40 zákona o sociálních službách jsou:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 742 pečovatelských služeb. Terénní služby osobní asistence a pečovatelská služba mohou základní úkony doplňovat úkony fakultativními, jako je doprava, dohled nad užitím léků, pedikúra apod.

Pro osoby, které vyžadují větší rozsah a frekvenci poskytovaných služeb, jsou určeny domy s pečovatelskou službou (dále jen DPS). DPS není zařízením sociálních služeb. Jedná se o přechodový typ bydlení mezi běžným nájemním vztahem a bydlením v pobytovém zařízení sociálních služeb. Byty s pečovatelskou službou jsou byty obce a také o nich obec sama rozhoduje. Zůstává plně zachován statut nájemného bydlení, přičemž soustředění těchto bytů na jednom místě usnadňuje doručování sociálních služeb. Poskytovatel sociální služby nemusí mít v daném objektu sídlo i časový rozsah služby, který bývá nejčastěji pouze v pracovní dny do odpoledních nebo večerních hodin. Problém nastává, pokud se uživatelův zdravotní stav zhorší natolik, že potřebuje péči a pomoc nad rozsah této doby a možnosti služby. DPS se tak stává mezistupněm mezi vlastním bydlením a domovem pro seniory. Není to pravidlem, ale mnozí poskytovatelé se snaží tento problém eliminovat rozšířením přítomnosti personálu v DPS na nepřetržitý provoz, který by zajistil seniorovi větší pocit bezpečí (Komparace služeb sociální péče o seniory, 2010).

Tísňová péče

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností (§ 41 zákona o sociálních službách).

Základní poskytované úkony dle § 41 zákona o sociálních službách jsou:

- a) poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci,
- b) sociálně terapeutické činnosti,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 18 služeb tísňové péče.

Průvodcovské a předčitatelské služby

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

Základní poskytované úkony dle § 42 zákona o sociálních službách jsou:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 19 průvodcovských a předčitatelských služeb.

Centra denních služeb

V centrech denních služeb (§ 45 zákona o sociálních službách) se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

Základní poskytované úkony dle § 45 zákona o sociálních službách jsou:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- e) sociálně terapeutické činnosti,
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Haškovcová (2012) pojednává o denním centru (dříve domovinkách) jako o zařízení sociálních služeb, které přes den navštěvují senioři vracející se na noc do svých domovů. Senioři se zde věnují volnočasovým aktivitám, příp. rehabilitaci.

Pro účely této práce jsem zvolila seniory, jako cílovou skupinu center denních služeb. V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 89 center denních služeb.

Denní stacionáře

V denních stacionářích (§ 46 zákona o sociálních službách) se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního

postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

Základní poskytované úkony dle § 46 zákona o sociálních službách jsou:

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

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 286 denních stacionářů.

Pobytové služby

Třetí formou poskytování sociálních služeb je možnost pobytových služeb, kterými se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. V praxi se můžeme setkat s pojmy rezidenční nebo institucionální péče.

Odlehčovací služby

Zákon o sociálních službách v § 44 definuje odlehčovací služby jako terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba je poskytována za úhradu od klienta.

Základní poskytované úkony dle § 44 zákona o sociálních službách jsou:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 288 odlehčovacích služeb a mají nejčastěji podobu krátkodobých přechodných pobytů.

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích (§ 47 zákona o sociálních službách) se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta. Jak samotný název napovídá, týdenní stacionář neumožňuje trvalý pobyt seniora v zařízení.

Základní poskytované úkony dle § 47 zákona o sociálních službách jsou:

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

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 62 týdenních stacionářů.

Domovy pro seniory

V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována za úhradu od klienta (§ 49 zákona o sociálních službách).

Základní poskytované úkony dle § 49 zákona o sociálních službách jsou:

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

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 509 domovů pro seniory. Komplexní péče v domovech pro seniory zahrnuje služby

ubytovací, stravovací, služby sociální péče, zdravotnické služby a další služby fakultativní neboli volitelné či doplňkové (Komparace služeb sociální péče o seniory, 2010)

Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem dle § 50 zákona o sociálních službách se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba je poskytována za úhradu od klienta. Základní poskytované úkony dle § 50 zákona o sociálních službách jsou:

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

V České republice k 30. 06. 2015 dle Registru poskytovatelů sociálních služeb působí 284 domovů se zvláštním režimem.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče tzv. sociální lůžka

Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče dle § 52 zákona o sociálních službách se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.

Zdravotnické zařízení lůžkové péče upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon o zdravotních službách definuje

nejen zdravotní služby, formy zdravotní péče, podmínky a oprávnění pro poskytování zdravotních služeb, ale také práva a povinnosti pacientů a zdravotnického personálu.

Základní poskytované úkony dle § 52 zákona o sociálních službách jsou:

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

Senioři využívají nejen sociální, ale také již zmíněné zdravotnické služby, které spadají pod Ministerstvo zdravotnictví, a kterým se budu okrajově dále věnovat. Velkou úlohu v péči o seniora hrají také neformální pečovatelé, nejčastěji rodinní příslušníci seniora. Péče rodinných příslušníků odpovídá principu subsidiarity, to znamená, že pomoc a podpora je zajištěna seniorovi nejbližší institucí – rodinou. V momentě, kdy se rodina nemůže z vážných důvodů o seniora postarat, nastupují další možnosti pomoci. Nevýhodou rodinné péče je její časová náročnost a také nedostatečná zdravotnická způsobilost členů rodiny oproti zdravotnickému personálu. Tato záslužná péče staví na sociální soudržnosti rodiny a rozdělení kompetencí mezi členy na úkor vlastních potřeb. Toto odřeknutí vlastních priorit ve prospěch rodiny jako celku je obdivuhodné a zcela jistě ovlivňuje celkové klima rodiny jako celku. Přesto rodina nabízí něco, co v institucích budeme hledat těžko. Kromě zdravotní a sociální péče poskytuje rodina i péči emocionální. Tím, že se forma pomoci odehrává doma, napomáhá psychické pohodě seniora, je finančně a kvalitativně efektivnější. „*O seniory pečují zejména ženy, statistiky mluví o tom, že zhruba 20 % seniorů nad 65 let získává pomoc rodiny. U seniorů vyžadujících dlouhodobou péči dokonce rodiny figurují odhadem v 70 – 80 % případů, většinou se jedná o péči v rámci manželského páru (častěji manželky pečují o nemocné muže), popřípadě péči dětí o staré rodiče.*“ Je třeba také zvážit fakt, zda si senior tuto péči zajištěnou rodinou přeje (Komparace služeb sociální péče o seniory, 2010, s. 26)

Sociální služba není oprávněna poskytovat zdravotní služby, proto bývá kombinována s **domácí ošetrovatelskou péčí**. Tato forma péče spadá pod Ministerstvo zdravotnictví a je hrazená zdravotními pojišťovnami. Dle indikace lékaře dochází

kvalifikovaná zdravotní sestra do domácnosti. Mezi ošetrovatelské úkony, které provádí, řadíme např. celkové sledování zdravotního stavu, ošetrování ran včetně převazů, podávání a donáška léků, měření krevního tlaku, odběr krve, aplikace inzulínu apod. Je často indikována uživatelům pečovatelské služby, neboť mnoho z nich potřebuje ošetrovatelské výkony. Pokud některý z poskytovatelů pečovatelské služby disponuje i nabídkou ošetrovatelské péče, uživatel se tak nemusí dopravovat do nemocnice k banálnímu ošetrování.

V rámci zdravotních služeb pro seniory existují **léčebny dlouhodobě nemocných a další následná ošetrovatelská lůžka v nemocnicích**, která však nemají jednotný charakter. Najdeme zde zařízení zaměřená na doléčení seniorů, zařízení nabízející rehabilitaci, ale i zařízení, která poskytují dlouhodobou péči.

V České republice je péče o seniory v kompetenci dvou ministerstev – Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví. Toto nedostatečné propojení systému sociální a zdravotní péče vede k systémovým problémům institucionální péče. Důsledkem je, že ošetrovatelská zdravotní péče, poskytovaná pojištěncům zdravotního pojištění v ústavech sociální péče, není hrazena zdravotními pojišťovnami, ale z rozpočtu zařízení a tím vznikají velké náklady konkrétnímu zařízení. Tuto rezortovou roztržičnost lze považovat za jednu z příčin neodpovídající péče o seniory (Komparace služeb sociální péče o seniory, 2010).

Služby sociální prevence

Je podstatné zmínit službu sociální prevence týkající se cílové skupiny seniorů.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

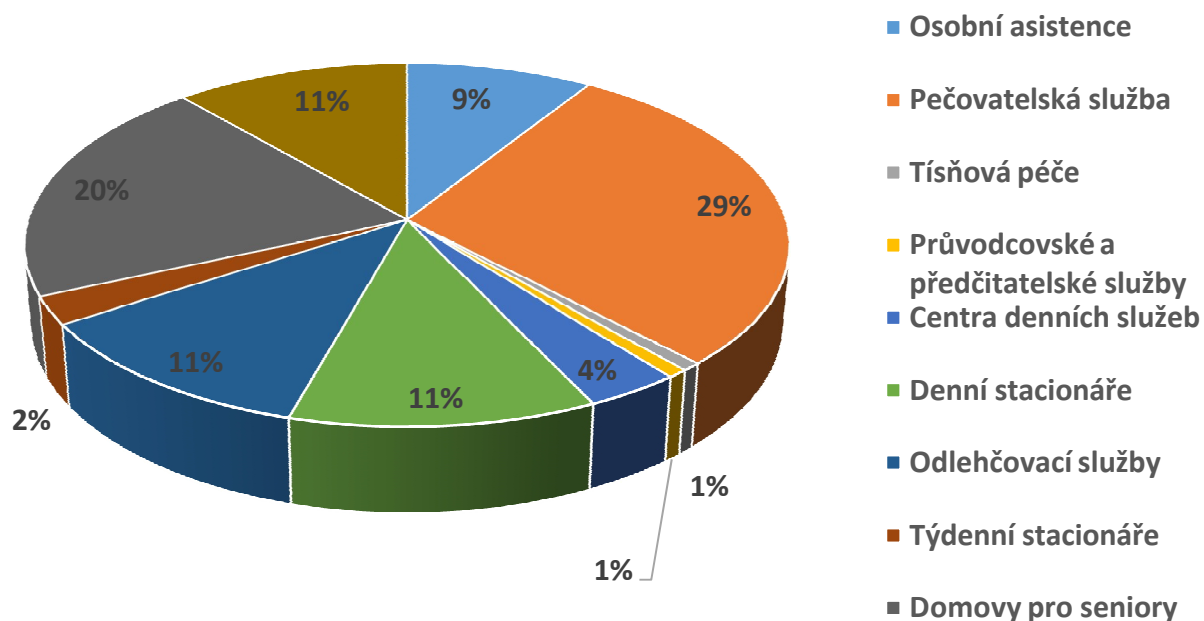
Sociálně aktivizační služby dle § 66 zákona o sociálních službách jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Základní poskytované úkony dle § 66 zákona o sociálních službách jsou:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) sociálně terapeutické činnosti,
- c) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tento druh služby v podobě pro seniory nalezneme např. v různých komunitních centrech, klubech pro seniory aj. Tuto službu má v ČR registrováno 188 poskytovatelů, z nich větší část poskytuje službu osobám se zdravotním postižením.

Na závěr této podkapitoly uvádím graf, který znázorňuje přehled služeb sociální péče pro seniory v ČR.



Zdroj: vlastní graf, celkový počet tvoří služby sociální péče, jejíž cílovou skupinou jsou senioři (údaje z Registru poskytovatelů sociálních služeb k 30. 6. 2015)

Graf1: Poskytovatelé služeb sociální péče pro seniory v ČR

2.2 Systémové souvislosti a současné trendy v péči o seniory

Ztráta přirozených sociálních činností a sociální komunikace se stává největším problémem stáří. K zachování duševního zdraví, snížení pocitu osamění a sociálního vykořenění slouží právě náhradní aktivity, které se zabývají volným časem seniorů (Tomeš, 2011). V dalších kapitolách se těmto činnostem budu podrobněji věnovat.

Příprava na stárnutí

Současná společnost je charakteristická rychle se měnící demografickou strukturou a prodlužováním lidského věku. Jelikož se moderní zabezpečení seniorů objevilo až s profesionalizací státní správy, lze zabezpečení seniorů považovat za poměrně mladý obor sociální politiky, který se vyvinul až po úrazovém, nemocenském a invalidním pojištění. Důležité je udržet reálnou hodnotu přiznaného důchodu pravidelnou valorizací, aby se zmírnily důsledky inflace (Tomeš, 2011). Jak již bylo v úvodu práce zmíněno, demografické stárnutí je proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou početně relativně rychleji než populace jako celek (Svobodová). Starší lidé tvoří významnější část populace než kdykoliv v minulosti, a tak se jejich zabezpečení stává nejnákladnější částí sociální ochrany (Tomeš, 2011).

Nejčastější důvody stárnutí obyvatelstva:

- Demografické (pokles porodnosti)
- Medicínské (rozvoj moderní medicíny, která dokáže léčit dříve velmi těžké poruchy organismu, lepší stravovací návyky)
- Ekonomické (změna povahy pracovní činnosti, ubývání fyzické práce, delší proces vzdělávání)
- Sociální (rostoucí kvalita života), (Tomeš, 2011).

Střední délka života neboli naděje dožití se prodlužuje pokročilým zdravotnictvím, zdravou stravou, sociálním rozvojem, podpůrnou infrastrukturou, ekonomikou, kvalitnějším životním prostředím, lepšími životními i pracovními podmínkami. O kvalitě života a zdraví však vypovídá jiný ukazatel – zdravá délka života - délka života prožitá ve zdraví. V tomto směru je situace v České republice víceméně srovnatelná s průměrem EU (MPSV, 2015)

Jedním z dokumentů, který na tuto celospolečenskou situaci reaguje, je **Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017** s cílem podpořit rozvoj společnosti pro lidi všech věkových skupin tak, aby lidé mohli stárnout důstojně, v bezpečí a mohli se i nadále podílet na životě společnosti jako plnoprávní občané. Tato aktualizovaná verze navazuje na předchozí národní strategie, které jsou zpracovávány 1 krát za 5 let. Národní akční plán identifikuje následující prioritní oblasti:

- Realizace politiky přípravy na stárnutí
- Zajištění a ochrana lidských práv starších osob
- Celoživotní učení
- Zaměstnávání starších pracovníků
- Dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce
- Kvalitní prostředí pro život seniorů
- Zdravé stárnutí
- Péče o seniory s omezenou soběstačností

Předpokladem pro zvládnutí problémů spojených se stárnutím populace je jistě důraz na prevenci, odpovědný přístup každého jedince ke svému zdraví a podpora aktivního života seniorů. Politika přípravy na stárnutí by měla reagovat na dvě základní výzvy: integrovat starší osoby do ekonomického a sociálního rozvoje a vytvořit věkově inkluzivní společnost (MPSV, 2015)

Trendy v péči o seniory

Jak institucionální, tak i neinstitutonální formy péče o seniory by měly brát v úvahu individuální potřeby jednotlivce. Péče o seniora by měla vycházet ze zásady, že je třeba jej udržet v jeho pracovním a sociálním prostředí tak dlouho, jak jen to je možné. Senioři jsou klienty jak zdravotní, tak sociální služby, kdy by měla převažovat ambulantní a rehabilitační péče. Institucionální péče by měla plnit funkci podpůrnou (Tomeš, 2011). Koncepce sociálně - zdravotní péče o seniory by měla vycházet z následujících principů, které byly deklarovány na vídeňském sympoziu o stárnutí a stáří už v roce 1982. V návaznosti na ně byla koncipována základní strategie, zjednodušeně označovaná jako 4xD.

- **demedicalizace** - medicína neřeší všechny problémy stáří., důraz je kladen na kvalitu života seniora, přirozenost prostředí, na autonomii

- **deinstitutionalizace** - prioritní ošetřování a zabezpečení v domácím prostředí, prioritní rozvoj terénních zdravotních a sociálních služeb, podpora integrace seniora do společnosti
- **desektorizace** – důraz kladen na multidimenzionální a multidisciplinární povahy potřeb a služeb (nejen zdravotních a sociálních), týmová práce, propojení zdravotních a sociálních služeb, propojení rodinné a profesionální péče (neformálních a formálních pečovatелů)
- **deprofesionalizace** – podpora i mimo jasně definované profese (podpora rodiny, neformálních pečovatелů, sousedské pomoci, seniorské svépomoci, dobrovolnictví).

Vzhledem k přetrvávajícím rozděleným kompetencím dvou resortů - Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí - není zdravotně-sociální péče považována za zvláštní typ péče. Co se týká odpovědnosti za dostupnost služeb, hlavním garantem je stát. Koordinace a organizace služeb je zajišťována na místní nebo regionální úrovni (Hlinovská, Pohlová, 2008).

K moderním a současně legislativně daným trendům přístupu k seniorům patří především plnění těchto cílů:

- zachování přirozeného sociálního prostředí pro seniory
- podpora zaměstnávání starších osob a seniorů jako prostředek jejich aktivizace, s ohledem na pracovní a ekonomický přínos pro společnost
- podpora vědomí vlastní odpovědnosti za přípravu na stáří, která je souvislým celoživotním procesem, posílení významu penzijního připojištění
- modernizace systémů sociální ochrany a poskytování cílené podpory společnosti v těch případech, kdy senioři nejsou schopni z vážných zdravotních a sociálních důvodů zajistit si dostatečné hmotné zabezpečení sami
- podpora zdravého životního stylu a vytváření předpokladů pro udržení fyzických a psychických schopností osob produktivního věku i seniorů prostřednictvím aktivizace, vytváření a rozšiřování možností rekondice, rehabilitace a osobního rozvoje
- zlepšování stavu životního prostředí, předcházení úrazovosti a závislosti seniorů odstraňováním bariér (architektonických a dopravních) na veřejnosti i v domácím prostředí

- péče o zdraví seniorů, rozvoj systémů zdravotní péče tak, aby se dokázaly vyrovnat s novou demografickou situací, zvýšení účinnosti a účelnosti zdravotní péče
- reflektování různosti sociální situace seniorů, minimalizace rizika sociálního vyloučení a institucionalizace
- vytvoření systému komplexních sociálních služeb, který umožní seniorům setrvat v přirozeném domácím prostředí co nejdéle nebo po celý život, podpora udržení nezávislosti a důstojného prožití této fáze života, zajištění pomoci rodinám pečujícím o nesoběstačné seniory
- podpora možnosti celoživotního vzdělávání jako nezbytného předpokladu pro udržení znalostí a schopností stárnoucích osob a seniorů (Javorská, 2005).

Se stárnutím populace jsou spojeny výzvy související se zvýšenými nároky na systém sociální ochrany, především pak na systém sociálního pojištění a poskytování sociálně-zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že tyto systémy se vytvářely za zcela odlišných demografických i hospodářských podmínek, bude nezbytné je přizpůsobit současnému společenskému vývoji (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí 2013-2017).

Podíl starších osob v populaci České republiky bude nadále výrazně narůstat. Důsledky zvyšování počtu i podílu osob seniorského věku se na makro úrovni dotýkají všech sfér sociálního a ekonomického vývoje. Lidé se dožívají vyššího věku. Prodlužující se délka lidského života je výsledkem zvyšování kvality lidského života a životní úrovně a celkového zlepšování zdravotního stavu populace.

Základním rámcem Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017 je zajištění dodržování a ochrany lidských práv seniorů z důvodu jejich zranitelnosti. Musí jim být zajištěno:

- právo na respekt,
- právo na důstojné zacházení a na důstojné podmínky v jakémkoliv prostředí,
- právo na důstojný život,
- právo na participaci ve společnosti.

Důležitou součástí tohoto strategického přístupu ke stárnutí populace je i genderová dimenze, která napomáhá zohledňovat různou situaci a potřeby mužů a žen. Ženy-seniorky v důsledku vyšší délky života a nižších důchodů musejí žít s nižšími příjmy po delší dobu než muži-senioři. V důsledku těchto skutečností jsou ženy ve stáří ohroženy chudobou a

sociálním vyloučením ve výrazně vyšší míře než muži, především pak ženy ve věku nad 65 let. Na druhou stranu muži se dožívají v průměru nižšího věku než ženy, což je možné mimo jiné připisovat jejich horšímu zdravotnímu stavu pojmímu se na jejich životní cyklus, který je rozdílný od životního cyklu žen.

Role rodiny a soužití generací má nezastupitelný význam, proto je třeba mnohem více posilovat roli rodiny a zdůrazňovat její význam pro zdravý vývoj společnosti (Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017).

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF)

Vzhledem k tomu, že se dožíváme stále vyššího věku, vyvstává otázka zdravotního znevýhodnění ve stáří. Ve vyšším věku nás čeká spíše zvýšená frekvence zdravotních omezení. Problematika hodnocení, klasifikace funkčních schopností a vyjádření stupně postižení (disability) u osob se zdravotním znevýhodněním není jen otázkou odbornou, ale i politickou.

MKF disability vysvětluje jako *„snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“*

Disability má přibližně 10% světové populace a tím se tato skupina stává nejpočetnější menšinou ve světě. Pojem disability se stal na mezinárodní úrovni zastřešujícím výrazem v oblasti poruch, aktivit a participace. Je také jedním ze základních pilířů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health) Světové zdravotnické organizace (WHO - World Health Organization). MKF *„neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví“*, nevytváří tak kategorie „méněcenných“ osob, ale pohlíží na člověka z hlediska zdraví. Stává se *„operativním a smysluplným nástrojem, použitelným pro evidenci incidence a prevalence disability a na základě toho vzniká vytvoření a dostupnost služeb v oblasti sociální, vzdělávání i zaměstnání.“* Jedná se o hodnotitelnou metodiku s porovnatelnými daty, která zavádí jednotný systém hodnocení zdraví a disability na národní i mezinárodní úrovni.

Odborníci nevnímají člověka s disability jako izolovaného jedince s tou či onou diagnózou, ale jako někoho, jehož problémy jsou dány dynamickou interakcí mezi ním a prostředím, v němž žije. Občané s disability se stávají v co největší míře aktivními subjekty a ne jen objekty péče (Švestková, Hoskocová, 2010).

Další posun se uvádí k tzv. občanskému modelu, který ale neznamená zavržení či nahrazení biopsychosociálního modelu, ale jeho rozšíření o důraz na aktivní participaci občanů s disabilitou. Všichni by takovou aktivitu měli podporovat, aby občanům s disabilitou byla zaručena co nejvyšší dosažitelná míra autonomie, tedy rozhodování o vlastním osudu, aby se mohli v co nejširší možné míře zapojit do života společnosti ve smyslu ekonomickém, sociálním i kulturním (MKF, 2001).

Na následujících řádcích uvádím přehled komponent MKF, kdy každá komponenta může být vyjádřena jak z pozitivního tak negativního hlediska.

Část 1: Funkční schopnost a disabilita

- a) Tělesné funkce a struktury
- b) Aktivity a participace – aktivita snižená (limitovaná) a participace omezená (restringovaná)

Část 2: Spolupůsobící faktory

- a) Faktory prostředí
- b) Osobní faktory

Pro účely této práce se budu podrobněji věnovat části aktivit a participace. V úvodu je nutné uvést definice jednotlivých pojmů dle MKF.

Aktivita je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověka.
Participace je zapojení se do životní situace.
Aktivita snižená (limitovaná) jsou obtíže, které člověk může mít, při provádění aktivit.
Participace omezená (restringovaná) jsou problémy, které člověk může prožívat, při zapojení do životních situací.

I pro tuto oblast hodnocení existují domény, které pokrývají všechny oblasti života.

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. <i>Učení a aplikace vědomostí</i> | 6. <i>Život v domácnosti</i> |
| 2. <i>Obecné úkoly a požadavky</i> | 7. <i>Interpersonální vztahy</i> |
| 3. <i>Komunikace</i> | 8. <i>Hlavní oblasti života</i> |
| 4. <i>Pohyblivost</i> | 9. <i>Komunita, sociální a občanský život</i> |
| 5. <i>Péče o sebe</i> | |

Tyto domény jsou doplněny dvěma kvalifikátory – *kapacitou a výkonem*.

Participace znamená být včleněn, být účastný či angažován v určité životní oblasti. Když je aktivita omezená nebo participace restringovaná, jedná se o disabilitu. V MKF bylo zcela upuštěno od pojmu handicapovaný, tento výraz se nepoužívá. Česká republika by měla směřovat k terminologii doporučované Evropskou Unií, která je ve shodě s terminologií WHO. Nedoporučuje se používat termín „zdravotně postižený“, ale termín lidé s disabilitami (people with disabilities).

V České republice byla MKF v plném znění přeložena a vydána v roce 2008. Výše uvedená definice disability používaná MKF vyhovuje jedné ze zásadních norem, která byla přijata 28. října 2009 Českou republikou a to „Úmluva o právech se zdravotním postižením OSN“ (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2006).

V praxi se zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách ukázal jako těžko aplikovatelný z důvodu absence zákona o rehabilitaci. Zákon o rehabilitaci by měl být zastřešující a poukazovat na práva a povinnosti pracovišť, která by zákon aplikovala, tak cílových skupin, tedy občanů s disabilitou. Zákon by měl systémově, organizačně a komplexně propojit prostředky rehabilitace jak ve zdravotnictví, tak v oblasti sociální, pedagogicko-výchovné i pracovní (Švestková, Hoskovcová, 2010).

3 Význam aktivizace seniorů

V této kapitole se budu věnovat významu základních pojmů, které se používají v průběhu aktivizace seniorů. Je nutné ihned na začátku zmínit, že někteří autoři nerozlišují pojmy aktivační, animační a aktivizační přístup. Dle mého názoru by mělo alespoň k částečnému rozlišení docházet, proto se budu těmto pojmům věnovat dále. Část této kapitoly tvoří motivace seniorů a okrajově se zmíním o dobrovolnictví, které také provází sociální služby pro seniory.

3.1 Základní pojmy

Aktivace

Pojmem aktivace v obecném smyslu rozumíme povzbuzení do činnosti, příp. uvedení do činnosti. V sociální práci chápeme aktivační přístup jako činnost sociálních pracovníků o iniciování či zvýšení intenzity činnosti klienta. Aktivační přístupy jsou využívány primárně u nezaměstnaných, seniorů, u rodin s dětmi či osob se zdravotním postižením. U cílové skupiny seniorů je potřeba brát v úvahu obtížnost zachování aktivity při zhoršení zdravotního stavu, při omezení sociálních kontaktů nebo ztrátě členů rodiny či přátel (Hora in Matoušek, 2013)

Aktivace je cílené zvyšování činnosti a výkonu člověka, a tím zvyšování jeho soběstačnosti. I nemocné seniory je třeba cíleně a přiměřeně aktivovat tak, aby byla jejich soběstačnost obnovena. Není-li to možné, tak pak mají aktivační techniky sloužit alespoň k navození pocitu pohody (Haškovcová, 2012).

Aktivizace

Vojířová (2012) použila definici prof. Kohoutka, který definuje pojem aktivizace jako proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti, a tak dochází u jedinců i skupin k rozvinutí intenzivnější činnosti. Dále uvádí, že smyslem aktivizace v sociálních službách je podpora takových procesů, které zvyšují nezávislost na službě a zvyšují samostatnost klienta, přestože v legislativě není blíže specifikováno, co má poskytovatel sociální služby dělat, aby naplnil jednu ze základních činností (*výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti*). Jurečková (2003) aktivizaci chápe jako veškeré společenské, kulturní, zábavné akce, vzdělávací a sportovní programy, včetně pracovních terapeutických aktivit a rehabilitací.

Vojířová (2012) rozděluje druhy aktivizačních činností do dvou skupin. První z nich jsou ty, které vedou k získání něčeho nového. Druhou skupinou jsou aktivity, které vedou k udržení stávajících dovedností. Aktivizační činnosti automaticky neznamenají specializované finančně náročné aktivizační programy nad rámec poskytované služby. Nikde není určeno, že aktivizace musí probíhat ve skupině nebo v pravidelném režimu. Poskytování sociální služby je postaveno na individuálním plánování průběhu služby, což znamená, že jakýkoli individuální způsob poskytování služby může vést k aktivizaci člověka. Aktivizace nemusí vždy znamenat aktivní způsob života, neboť zda je klient aktivizován, určuje a hodnotí pouze on sám.

Dále Vojířová (2012) popsala nejčastější překážky v aktivizaci uživatelů, kterým se budu ve stručnosti věnovat.

- *Uniformita* - pro poskytovatele se jeví tvorba jednotné nabídky aktivizačních činností jako výhodnější.
- *Danost* - aktivity probíhají pravidelně v určitou hodinu a den.
- *Samoučelnost* - chápeme tak, že jakákoli činnost musí s sebou nést nějaký cíl, hlubší význam.
- *Personální úspory* - může docházet k tomu, že pracovník rozděluje svoji pozornost mezi několik jednotlivců namísto skupiny, která pracuje jako celek na společném cíli.
- *Nezkušenost pracovníka*
- *Nevyhovující vnější podmínky a vybavení* - znemožňují pravidelnou a cílenou práci
- *Manipulace* - může docházet k tomu, že klient je závislý na tom, kdo jej aktivizuje. Tím zajistíme, že se klient nemůže takovou činností naučit a provádět samostatně (častým omylem je představa, že výsledkem aktivizační činnosti je nějaký produkt)

Animace

Jurečková (2003) ve své práci uvádí aktivizaci jako užší pojetí k širším pojmům animace a aktivace. Animací rozumíme „oživování“ událostí, slov, gest, úkonů každodenního života a jejich zintenzivnění. Hlavním rysem je prožívání spontánnosti a radosti v návaznosti na životní zájmy klienta. U animačního přístupu je kladen důraz na veškeré i běžné činnosti, kdy sociální pracovník podněcuje klienta k aktivitě, ale činnost nevnucuje, naopak dává klientovi prostor k zachování co největší míry autonomie (Hora in Matoušek, 2013). K zintenzivnění prožívání každého dne mohou sloužit doplňkové

animace (aktivity organizují zaměstnanci zařízení) nebo smluvené animace (vystoupení zajišťují různí externí umělci a skupiny), (Jurečková, 2003).

3.2 Motivace seniorů

Je velmi důležité mít před sebou cíle, které nás motivují k produktivitě. O aktivitě ve stáří rozhodují čtyři dimenze. Jedná se o společenskou atmosféru, individualitu člověka, zdravotní stav a nabídku možností (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Jednou důležitou charakteristikou motivace je tvořivost. Tvořiví lidé v sobě tuto životní sílu objevují tím, že se stále na něco těší, o něco usilují (Rheinwaldová, 1999). Je vhodné nezůstávat v mysli na jednom místě, netrápit se minulostí, kterou nemůžeme změnit, ale hledět dopředu, nastavovat si cíle a jít za nimi.

Klevetová a Dlabalová (2008) uvádí, že „*motivace je hybnou pákou lidského chování, která nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby. Podkladem motivace je úsilí organismu dosáhnout rovnováhy mezi sebou a prostředím takovými činnostmi, které vedou k vlastnímu uspokojení a soběstačnosti. Jediný skutečný druh motivace je schopnost sám sebe přesvědčit o důležitosti vlastních snah.*“ Naše vnitřní snahy a potřeby nás dokáží hnát dopředu a zvládat tak úskalí náhlé životní změny. Každý člověk by měl ustát své rozhodnutí, přemýšlet o svých krocích a životních cílech, neboť cokoli děláme, má nějaký motiv nebo důvod a vychází z potřeb, které cítíme hluboko uvnitř.

Klevetová a Dlabalová (2008) rozlišují tři klíče k motivaci:

1. Touha dosáhnout cíle
2. Důvěra ve vlastní schopnosti
3. Vlastní představa dosažené změny

Toto jsou tři konkrétní motivační okruhy pro rozhovory se seniory. Slouží pro společné hledání a plánování konkrétních aktivit, které vedou k dosažení soběstačnosti a nezávislosti na pomoci druhých v činnostech denní potřeby.

Obzvláště u pasivních klientů, klientů s kognitivním deficitem či sklonem k depresi je nezbytné si stanovit cíle, které jsou dosažitelné v krátkém časovém intervalu (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Rozhodnutí seniorů dále se vzdělávat závisí na jejich dosaženém vzdělání, dřívější účasti a druhu vzdělávání. Motivací k dalšímu vzdělávání je účast na kulturním životě, sociální aktivita v rodině i vně rodiny, prosazení zájmů a snaha zlepšit věci v komunitě. Motivem účastnit se jakýchkoli aktivit je často touha po sociálních kontaktech, udržování

vlastních sil, zvládnání tělesných, psychických i sociálních změn či snaha najít smysl života ve vědomí vlastní konečnosti (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Motivací v rukodělných programech, které umožňují seniorům malovat, kreslit, vyrábět keramiku či vyšívat, by neměla být pouze radost z díla, ale také prodej výrobků v obchodech, různé výstavy nebo možnost někomu dílo darovat, např. pacientům v nemocnicích (Rheinwaldová, 1999).

Příčinou malé účasti na programech může být strach vyzkoušet nové zážitky. Podílet se na něčem, co neznají, u seniorů může vyvolávat pocit nejistoty a strachu, že nebudou něčemu rozumět, že mohou být zesměšněni. Je důležité najít konkrétní důvody neochoty účastnit se programů, pochopit je a porozumět negativním pocitům (Rheinwaldová, 1999).

Velmi podstatnou úlohu v motivaci klientů hraje povzbuzování a pochvala. Svou účast na programech si ale senioři volí dobrovolně. Pracovníci mohou ukázat cestu, ale rozhodnutí je na samotném člověku, neboť vlastní chtění je největší motivací.

3.3 Dobrovolnictví

Dobrovolnictví v České republice upravuje zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon byl výsledkem snahy o vytvoření příznivého prostředí pro dobrovolníky a vytvořil tak přímé uznání a podporu dobrovolnictví. Vykládá pojmy jako dobrovolník, dobrovolnická služba či vysílající či přijímací organizace. Zákon však vymezuje pouze státem podporované dobrovolnictví (finančně i nefinančně), nikoliv dobrovolnictví obecně ve všech jeho rozmanitých podobách (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

„Dobrovolnictví jako veřejně prospěšnou činnost chápeme jako ochotu člověka dát část svého času a sil ve prospěch potřebné organizace nebo člověka, aniž by s příjemcem pomoci byl vázán přátelskými či jinými vazbami“ (Tošner, 2015).

Svým způsobem značkou kvality je akreditace udělována na 3 roky nestátním neziskovým organizacím Ministerstvem vnitra, které zajišťují výběr, přípravu, vyslání, pojištění, smluvní vztahy, bezpečnost pro dobrovolníky. Akreditované organizace mohou požádat u Ministerstva vnitra o státní dotace na organizování dobrovolnické služby. Jak uvádí Tošner (2015), *„za dobrovolnickou službu se považují takové aktivity, při nichž dobrovolník poskytuje ve svém volném čase, ze svobodné vůle a bez nároku na odměnu pomoc spoluobčanům a společnosti obecně.“*

Zákon o dobrovolnické službě nepůsobí direktivně, protože nechává na těch, kteří dobrovolnictví vykonávají a organizují, zda proces akreditace podstoupí a tedy zda se zákonem o dobrovolnické službě budou řídit (Tošner, 2015).

Jednou z možností k vedení aktivizačních programů je zapojení dobrovolníků. Ochotné lidi, kteří nezískají za vedení kurzů peníze, ale pocit užitečnosti a smysluplnosti, můžeme hledat např. ve školách, náboženských sdruženích, klubech a mezi aktivními seniory. Přestože se jedná o neplacenou činnost, je potřeba, aby byli vybráni podle svých schopností a zkušeností. Dobrovolníci musí být v práci, která se od nich očekává, také školeni (Rheinwaldová, 1999).

4 Aktivizační programy pro seniory

Většina literatury i studentských prací se zaměřuje na aktivizační programy, které probíhají v pobytových zařízeních, proto jsem se ve výzkumné části rozhodla analyzovat ambulantní formu aktivizačních programů. Přestože různé druhy činností často probíhají v návaznosti na pobytovou službu, koncept této práce je zaměřen na aktivizační programy v centrech, kam senioři docházejí. V následující kapitole uvádím přehled několika aktivizačních programů pro seniory.

4.1 Druhy aktivizačních programů

Kvalitní aktivizační program je nejen nutným doplňkem v péči o seniory, ale má především vysoce terapeutický účinek. Poskytuje lidem fyzickou aktivitu, mentální stimulaci a příležitost ke vzájemnému sblížení a společenskému životu. Aktivizační program by měl vést kvalifikovaný pracovník, nejlépe ergoterapeut.

Rheinwaldová (1999, s. 23) ve své publikaci rozděluje programy do těchto kategorií:

- Rukodělné práce, tvořivé činnosti
- Společenské programy, diskuze, hry, hudba, tanec
- Cvičení, sporty, sportovní hry
- Činnosti venku v přírodě
- Náboženské programy
- Vzdělávací činnost

Ergoterapie

Ergoterapie neboli léčba prací je nejen u nás, ale i ve světě považována za samostatnou disciplínu, která využívá činnosti při rehabilitaci jedinců s různými typem postižení, kteří jsou dočasně či trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postižení (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Jak uvádí Haškovcová (2012), ergoterapie se zabývá hodnocením, diagnostikou a podporou soběstačnosti a je dnes součástí celkové rehabilitace.

Hlavním prostředkem je smysluplná činnost, která pomáhá k obnově postižených funkcí. Výběr činností, které se využívají jako terapeutický prostředek, musí odrážet potřeby osoby, její aktuální funkční stav, věk, pohlaví, ale také prostředí, ve kterém se nachází. Nemělo by se zapomínat ani na sociální roli, kterou daný člověk ve společnosti zaujímá.

Cílem ergoterapie je dosáhnout maximální soběstačnosti v běžných denních aktivitách a nezávislosti jedinců. Nácvik činností, ve kterých je osoba limitována, probíhá v reálných situacích (ČAE, 2008)

V zařízeních pro seniory má být ergoterapie záměrně plánována tak, aby se v ní prolínalo co nejvíce podnětů, metod a činností. Např. v průběhu ručních prací se zařazují prvky muzikoterapie (pouští se oblíbená hudba) nebo aromaterapie (zapalují se vonné svíčky) (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Arteterapie

Pojem arteterapie vznikl spojením slov umění a terapie. *„Arteterapie je obor využívající výtvarný projev jako hlavní prostředek poznávání a ovlivňování lidské psychiky ve směru redukce psychických či psychosomatických obtíží a redukce konfliktů v mezilidských vztazích“* (ČAA, 2012).

Arteterapie neboli léčba uměním je součástí ergoterapie. Zahrnuje tradiční kreslení, malbu, ale také výrobu drobných dárků a ozdob, vyšívání, háčkování nebo pletení košíků (Haškovcová, 2012).

Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace spíše než o esteticky výsledné produkty. Tento druh aktivity se nejvíce rozvinul a rozvíjí v oblasti duševního zdraví (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Dle Česká arteterapeutické asociace (2012) jsou *„arteterapeutické postupy zacíleny na léčebné kognitivní, motivační a emocionální aspekty: sebevyjádření, aktivizace, sebepoznání, osobnostní růst, podpora vývoje, změna stereotypů, zmírnění úzkosti, uvědomění, náhled, řešení problémů, odhalení nevědomého materiálu, katarze, zpracování konfliktů, podpora a rozvoj tvořivosti v rámci harmonizace osobnosti, adaptivnější zacházení s emocemi a kultivace obranných mechanismů.“*

Forma terapie může být individuální i skupinová. K individuálním cílům patří uvolnění, sebeprožívání, sebevnímání, uspořádání zážitků, poznávání vlastních možností, svoboda pro hledání výrazu pocitů, emocí, konfliktů. Dochází k rozvoji fantazie, nadhledu a celkovému rozvoji osobnosti Mezi sociální cíle lze zařadit navázání kontaktu, vnímání a přijetí druhých lidí, uznání jejich hodnoty, jejich ocenění, zapojení do skupiny, vytváření sociální podpory a spolupráce či reflexi vlastního fungování. Cíle, jež si arteterapie klade, souvisejí na jedné straně s tím, z jakých pozic arteterapie vychází, na straně druhé ze situací a potřeb klientů či pacientů, s nimiž pracuje. Výtvarná tvorba starším lidem napomáhá ke zlepšení pohybových schopností a podněcuje kreativitu. Je však nutné brát

v úvahu zdravotní stav klientů a vzhledem k jejich možnostem postupy upravovat (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Jak jsem psala výše, původně byla arteterapie používána ke zkoumání výtvarné tvorby duševně nemocných, primárně zaměřená spíše k upřesnění diagnózy. Jako terapeutická metoda se arteterapie začala cíleně využívat ve 30. až 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů (ČAA, 2012). Ve výsledku jsou spontánně vytvářené obrazy často považovány za odraz psychických procesů v naší mysli a mají spojitost se současnými i minulými životními zkušenostmi starších lidí (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Muzikoterapie

Pojem muzikoterapie se někdy překládá jako hudební terapie nebo léčení, terapie člověka hudbou. Tato zvuková terapie využívá rytmický zvuk ke komunikaci, relaxaci a navození pocitu pohody. Podle počtu klientů dělíme muzikoterapii na individuální, párovou a skupinovou (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Muzikoterapie neboli cílené využívání zvuku a hudby k terapeutickým účelům může mít řadu podob. Dle Kantora (2011) se může jednat např. o formu hudební improvizace, hudební interpretace, zpěv písní, poslech hudby, psaní a kompozice hudby, hudební vystoupení a pohybové aktivity při hudbě.

Muzikoterapie poskytuje vítané rozptýlení a výplň času, odvádí pozornost od stávajících obtíží, vyvolává pozitivní vzpomínky. Zvukové impulsy mohou spouštět uvolňování endorfinů, které zmiňují bolest a zlepšují náladu (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Dramaterapie

Dramaterapie využívá dramatických jevů k vyjádření sebe samého, sebepoznání nebo pochopení mezilidských vztahů. Dramaterapie se seniory má svá specifika, neboť by mělo docházet nejen k úpravě narušených funkcí, ale také k posílení integrity ega, budování vlastního pocitu zadostiučinění a vyrovnání se s osobní minulostí. Některé pocity je těžké sdělit verbálním způsobem a právě dramatickou hrou mohou lidé tyto pocity a přání sdělit a vyrovnat se tak s velkými změnami, nevyřešenými konflikty či skrytými traumaty (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Taneční terapie

Taneční terapie je formou psychoterapie, ve které je přednostním prostředkem změny pohybu. V moderním západním světě se jen málo výzkumu týká využití těla jako léčivého prostředku pro psychické poruchy. Naopak východní kultury tyto vztahy studují daleko rozsáhleji a vidí tělo a mysl jako systém, který musí být v harmonii. Na tomto principu staví taneční terapie a udává, že porušení plynulosti a jednoty těchto dvou systémů, může vést k fyzickému a psychickému stresu nebo konfliktu (Dobromysl.cz, 2012).

Prostředek hudby a pohybu je spojován a působí nejčastěji na tyto faktory: skupinu, rytmus, kontakt se zemí, jednoduchost pohybů, opakování, hlas. Taneční terapie často bývá doprovázena výraznou hudbou od klasické až po bubny. Pohyby odpovídající vnímanému rytmu napomáhají tělesnému a zpětně zase psychickému uvolnění napětí a bloků. Kontakt se zemí představuje pocit opory, stability a zakotvení (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Tanečně pohybová terapie vznikla díky modernímu tanci. Hodnoty, na kterých stavěla, byla spontaneita, autentičnost individuálního výrazu, vědomí těla a výraz emoce. Dále podle Čížkové (2005) hlavním cílem taneční terapie je umožnit člověku jasnější vnímání, pravdivější sebepoznání, porozumění a přijetí sebe samého. Má také dobrý vliv na orientaci v interpersonálních vztazích.

Terapeuticko – zábavné činnosti se zaměřují především na silné stránky jedince. Tím, že využívají a podporují silné stránky člověka, snižují úzkost, depresi a frustraci vycházející ze zdravotních a sociálních situací (Rheinwaldová, 1999).

Trénování paměti

S přibývajícím věkem poznávací, ale též vnímající a hodnotící schopnosti klesají. Je žádoucí, aby tato úroveň kognitivních funkcí byla systematicky a včas posilována (Haškocová, 2012). Kognitivní funkce nám pomáhají poznávat svět kolem sebe, orientovat se v něm a vnímat sám sebe. Obsahují vnímání prostřednictvím smyslů, paměti, pozornosti, představ, fantazií, myšlení, úsudků a řeči. Intenzivní tělesný i duševní trénink má schopnost vytvořit hustou nervovou síť a zdokonalovat fungování celého nervového systému. Nové výzkumy ukazují, že nervové buňky se pravidelným cvičením a využíváním dosažených informací mohou také obnovovat. Náš mozek je uzpůsoben učení se novému, ve vyšším věku se jen mění způsob zpracování (Klvetová, Dlabalová, 2008). Dobrým prostředkem k posilování této funkce jsou právě kurzy trénování paměti.

Z časového hlediska má paměť tři stádia: okamžitá, krátkodobá a dlouhodobá. Pouze malá část krátkodobé paměti se ukládá do dlouhodobé. Hlavním způsobem procvičování celého mozku je stimulace, kterou mu poskytují prožitky. Nečinnost a nedostatek podnětů jsou ve stáří daleko výraznější a mohou vést k urychlení involučních změn. Výzkumy prokázaly malé, ale přesto patrné zhoršení paměti ve stáří (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Trénování paměti podporuje činnost mozku, nutí ho pracovat, vytváří v něm nová nervová spojení a zpomaluje tak degeneraci smyslových orgánů. Když informace uložené v paměti nevyužíváme delší dobu, mozek neprocvičujeme, naše schopnosti zanikají a dojde k postupnému odstraňování návyků a znalostí. Únava, nuda, ztráta motivace vedou k oslabení pozornosti. Klíčem tak k zakódování nové informace je citová angažovanost k zajímavé informaci a pozornost (Klvetová, Dlabalová, 2008).

Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging založená v roce 1998 Danuší Steinovou ve svých zásadách uvádí, že „*trénink paměti je kombinací kognitivního tréninku a relaxujících psychomotorických cvičení. Zároveň plní funkci platformy sociálního kontaktu se stejně motivovanými vrstevníky.*“ Dále dle České společnosti pro trénování paměti a mozkový jogging vede trénování paměti ke zvýšení sebevědomí, sebehodnocení a soběstačnosti seniorů a tím obecně ke zvýšení kvality jejich života. Jediným cílem je klientův úspěch a pocit vítězství zvládat problémy denního života s daleko větším přehledem.

Reminiscenční terapie

Termín reminiscence je používán jako synonymum českého výrazu vzpomínka či vzpomínání. Reminiscenční terapie je uznávána jako speciální metoda při práci se seniory nejčastěji v rezidenčních zařízeních. Přesto termín terapie není úplně vhodný, někteří autoři nazývají reminiscenční terapii spíše prací se vzpomínkami či pouze reminiscencí. Jedná se o proces, při kterém je ve skupinách podporováno vzpomínání na příjemné události z minulosti. Vhodné je vybírat zážitky, které jsou hluboce emocionální. Může se jednat např. o první lásku, svatbu, narození dítěte, různé rodinné a společenské události, významné zaměstnání atd. K navození atmosféry mohou sloužit staré fotografie, předměty, filmy, hudební nahrávky apod. Reminiscence je založena na faktu, že v mozku zůstávají nejdéle ty vzpomínky, návyky a vědomosti, které máme uložené v dlouhodobé paměti. Reminiscence má pro zdravé seniory preventivní a aktivizační význam. Pro seniory s demencí je vhodná specifická reminiscence, která vybírá a užívá speciální pomůcky.

Snahou pracovníků je porozumět a pochopit životní příběhy a z nich často vycházející potřeby a projevy samotných seniorů (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Reminiscence umožňuje rozvíjení osobní péče, která respektuje zvyklosti a nabízí blízkost toho, co je známé z dosavadního života. Je založena na uznání hodnoty vzpomínek ze života každého člověka a cíleně je zapojována v komunikaci při navazování a budování vztahů. Princip reminiscenční terapie spočívá v obklopení seniora prostředím, které v něm vzbuzuje důvěru a jistotu a dochází tak ke zlepšení zdravotního stavu, aktivaci mozku a udržení kvality života (Janečková a kol., 2015)

Pohybové aktivity

Pohyb je základním projevem člověka a jeho důležitou životní potřebou. S přibývajícím věkem je pohyb ovlivněn sociálním prostředím, ve kterém je podporován nebo naopak tlumen či nahrazován pasivními podněty (Holczerová, Dvořáčková, 2012). Jak uvádí Štilec (2004), s určitým stupněm omezení výkonnosti je potřeba počítat u všech stárnoucích lidí, a to jak ve sféře fyzické, tak psychické. Své potíže staří lidé vnímají jako přirozený projev stáří nikoli jako signalizující chorobu. Proto se také stává, že se na lékaře obracejí až v pokročilém stadiu onemocnění. Celkový zdravotní stav člověka ovlivňují i sociální faktory, mezi které Štilec (2004) řadí vzájemné vztahy mezi lidmi, saturaci či frustraci sociálních potřeb, existenci sociální harmonie či disharmonie a sociální komunikaci.

Jedním z faktorů, který ovlivňuje rozhodnutí seniorů využít pohybové programy, může být vidina zlepšení tělesné kondice. Většina fyziologů a lékařů se shoduje na tom, že aktivita vede v každém věku ke zdraví. Proto, abychom cvičili, nejsme nikdy staří. Možná nás omezují zdravotní problémy, ale ne stáří jako takové (Rheinwaldová, 1999).

Pravidelná fyzická aktivita se tak stává účinným nástrojem ke snížení a předcházení funkční degenerace. Vědecký výzkum ukázal, že cvičení může zpomalit psychologické stárnutí, přestože dlouhověkost je pravděpodobně určena geneticky. Pravděpodobnost dosažení dobrého zdraví v průběhu života široce souvisí s faktory životního prostředí a způsobu života. Senioři by měli cvičit minimálně hodinu denně. Mělo by se jednat alespoň o mírnou fyzickou aktivitu, jejíž intenzita a rozsah by měla brát v úvahu zdravotní stav jednotlivce, jeho možnosti a schopnosti. Intenzita fyzické aktivity má pozitivní vliv na zdraví a s tím související kvalitu života. Pojem kvalita života je populární termín, který určuje celkový pocit pohody. Zahrnuje jak subjektivní tak objektivní aspekty, včetně aspektů štěstí a spokojenosti se životem jako celkem. Příležitosti pro aktivní životní styl

jsou omezeny u lidí, kteří jsou umístěni v institucích, přestože i zde se rozvinula celá řada aktivizačních programů. Výzkum dále zdůrazňuje, že kvalitu života určuje také vlastní bydlení, svůj osobní prostor, místo, kde člověk žije několik let, mnohdy celý život (Lobo, 2011).

Rozsah fyzické aktivity pro seniory by se měl zaměřovat na prevenci, udržení a rehabilitaci. Rehabilitace je důležitá pro starší osoby s fyzickými problémy, zraněními nebo degenerativními procesy stáří. Fyzická aktivita musí být snadno pochopitelná a snadno proveditelná. Měla by být zaměřena více na kvalitu než kvantitu, podporovat vztahy a komunikaci. Výzkum prokázal, že senioři, kteří byli více fyzicky aktivní, měli pozitivní postoj k životu. Byli zdravější a prokázali lepší schopnost čelit stresu a napětí (Lobo, 2011).

Součástí každodenního pohybového režimu by mělo být cvičení zaměřené na pohyblivost, pružnost a pevnost páteře a držení těla, včetně udržení svalové rovnováhy, které může plnit i relaxační funkci s antistresovým účinkem. Nadměrné udržování statických poloh u tzv. současné „sedící populace“ vede k obrovskému pohybovému deficitu. Negativním důsledkem tohoto životního stylu může být rozvoj civilizačních onemocnění, jako je např. obezita, ischemická choroba srdeční, diabetes mellitus, alergie aj. (Holczerová, Dvořáčková, 2012).

Studie ukázaly, že cvičení zlepšuje kardiovaskulární a nervový systém, podporuje krevní oběh, dýchání, hormonální rovnováhu a zlepšuje pohyblivost a koordinaci. Zabraňuje také vzniku osteoporózy, neboť omezuje ztrátu kalcia z kostí (Rheinwaldová, 1999).

Jak už bylo několikrát zmíněno, pohybové aktivizační programy by měly být uzpůsobeny věku a zdravotnímu stavu každého seniora, neboť starší lidé jsou slabší, pomalejší, méně výkonní a často také ztrácí rovnováhu. Tato nestabilita může vést k pádům. Zmíněná ztráta síly se odráží v jejich funkčních schopnostech a může vést k omezení jejich nezávislosti a samostatnosti. Výzkum prokázal, že 70 % úmrtí seniorů starších 75 let souvisí s pády. Mezi rizikové faktory patří chronická onemocnění např. Parkinsonova choroba, artritida, osteoporóza, ale také deprese, srdeční infarkt, mrtvice či užívání léků. Mezi externí rizikové faktory patří uspořádání nábytku, způsob osvětlení i materiál podlah. Pravidelná fyzická aktivita je důležitá, protože snižuje riziko pádu a zranění z nich a zabraňuje tak funkčnímu omezení (Lobo, 2011).

Vzdělávací programy

Do vzdělávání seniorů lze bez pochyby zařadit Univerzity třetího věku (dále jen U3V), které vznikly v 70. letech ve Francii a i u nás se staly velmi oblíbenými. U3V je systém celoživotního vzdělávání, jehož smyslem je nabídnout seniorům druhý životní program, když ten první (pracovní) skončil. Účastníci mají statut mimořádného studenta. Zpravidla je vzdělávání uskutečňováno v ucelených přednáškových cyklech a rozvrženo do jednoho nebo více semestrů. Kromě kurzů, určených jen seniorům, existují i studijní programy, kde se setkávají jak mladí studenti, tak studenti seniorského věku. Podobnou, ale méně náročnou formou studia je Akademie třetího věku, která rozšiřuje spektrum vzdělávacích možností bez ohledu na věk a předchozí vzdělání a za hlavní cíl si klade rozvoj osobnosti (Haškovcová, 2012, Zavázalová, 2001).

Za zmínku určitě stojí vědní disciplína, která se zabývá výchovou a vzděláváním seniorů ve stáří a ke stáří. Tzv. gerontopedagogika se snaží hledat cesty k přípravě člověka na poslední etapu života, navrácení důstojnosti a vymezení úlohy člověka ve stáří (Klevetová, Dlabalová, 2008). Měla by být vymezena specifickou metodikou výuky a vzdělávání, specifickými tématy odpovídající zájmům a potřebám seniorské populace a specifickými gerontologickými cíli, mezi které patří:

- prevence zastarávání znalostí včetně znalostí profesních,
- orientace se v měnícím se světě, v nových jevech, postupech, technologiích včetně praktických dovedností,
- příprava na stáří včetně posilování finanční gramotnosti a prevence neznalosti v obchodním styku,
- volnočasová animace života s posilováním sociálních kontaktů, celoživotní vzdělávání, poznávání nového,
- stimulace kognitivních funkcí a trénování paměti (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012).

Informační a komunikační technologie

Komunikační technologie umožňují kontakt bez cestování a jsou tak prostředkem k zajištění společenského kontaktu a nástrojem vzdělávání a seberealizace. Jejich nedostupnost nebo neznalost se stává faktorem sociálního vyloučení, diskriminace na trhu práce a narušení mezigenerační sounáležitosti (např. může narušovat vztahy mezi vnuky a prarodiči), (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). S orientací ve světě technologií zajisté seniorům pomáhají počítačové kurzy, které se zaměřují nejen na práci s počítačem a internetem, ale také na tablety nebo chytré mobilní telefony.

4.2 Vytváření aktivizačních programů

K tvorbě aktivizačních programů jsou důležité podněty a aktivní spolupráce seniorů proto, aby dané činnosti odpovídaly jejich individuálním potřebám a zájmům. Jednotlivci i skupiny jsou povzbuzováni k účasti na činnostech, neboť udržují a stimulují fyzické, mentální, kognitivní, společenské a emoční schopnosti. Jsou navrženy tak, že nemusí nutně léčit neschopnost, ale činit život smysluplnějším.

Vytvoření nabídky aktivizačních programů by neměla být záležitost pouze jednoho pracovníka, ale všech, kteří s klientem přicházejí do kontaktu. Každá aktivita musí být pravidelně hodnocena, zda je pro seniora stále vhodná. Proto je důležité, aby programy dosahovaly určité pružnosti, která může vést k obměňování náplně či náročnosti kurzu. Překážkou v aktivizaci může být mylná představa, že výsledkem aktivizační činnosti je nějaký produkt (Rheinwaldová, 1999).

Z výše uvedeného plyne, že každý klient by měl mít svůj individuální plán aktivizačních programů, který odpovídá jeho potřebám a zájmům. Vhodným nástrojem k vytvoření této nabídky se může stát individuální plánování. Provádění individuálního plánování jako nástroje zajišťující kvalitu poskytovaných služeb je upraveno ve Standardech kvality sociálních služeb. Již samotná tvorba plánu se může stát nástrojem aktivizace seniora. Klient se totiž skrze tvorbu svého individuálního plánu stává aktivním spoluvůrcem služby (Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb.).

Haškovcová (2010) upozorňuje, že u trávení volného času u seniorů je důležitá „*nikoliv nahodilost, ale důrazně strukturovaný program.*“ Staří lidé jsou rádi, když se mohou zavčas připravit. Některé dny je také možné pravidelně vyhradit pro určité činnosti. Denní činnosti by se měly co nejvíce podobat životu, na který byl klient dříve zvyklý. Do programů by se měly zapojovat i lidé „zvenku“ – např. rodina či dobrovolníci. Určitě nesmíme zapomínat, že místnosti, kde se aktivity odehrávají, musí být bezbariérové a bezpečné.

V pobytových zařízeních v USA je kvalitní aktivizační program vyžadován zákonem. Musí být vytvořen pro všechny obyvatele, od těch nejsamostatnějších po nejvíce závislé a nemocné (Rheinwaldová, 1999).

V některých domovech ale i denních centrech se osvědčilo zakládat tzv. kluby, které dávají možnost seniorům uplatnit se v roli vedoucích a samostatně rozhodovat o průběhu. Tato nezávislost přispívá k udržení identity a zvyšování sebeúcty.

5 Výzkumné šetření

Metody výzkumu

Empirickou část této diplomové práce tvoří kvalitativní výzkum, jehož předmětem jsou faktory ovlivňující rozhodnutí seniorů využít aktivizační programy. Jeden z důvodů, proč jsem zvolila kvalitativní výzkum, je zajisté to, že v sociálních vědách jsou kvalitativní metody hojně využívány, jelikož dokážou vyprávět příběh a nepředpokládají převod zjištění do čísel a zůstávají v rovině slovních vyjádření (Smutek a Načeradský in Matoušek, 2013). Hendl (2012) uvádí, že kvalitativní analýza se nedá formalizovat, avšak výhodou tohoto přístupu je získání hloubkového popisu případu. Výzkumník se tak stává hlavním nástrojem sběru dat k získání detailů o subjektivních zkušenostech lidí (Smutek a Načeradský in Matoušek, 2013). Dalším důvodem, proč jsem zvolila tento přístup, je fakt, že pracuji jako sociální pracovnice v centru denních služeb, kde jsem v pravidelném kontaktu se seniory navštěvující aktivizační programy a mám tak možnost každodenního nesystematického pozorování.

Jak doplňuje Hendl (2012), výzkumník je v intenzivním kontaktu s terénem nebo situací jedince nebo skupiny, jež reflektují každodennost a vytváří tak komplexní obraz, informuje o názorech účastníků a provádí zkoumání v jejich přirozených podmínkách. Výzkumník pracuje s omezeným počtem jedinců a obvykle na jednom místě, kdy je cílem zjistit hodnotové orientace, zájmy a motivace účastníků.

Cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu a celé empirické části je zjistit faktory, které ovlivňují rozhodnutí seniorů využít aktivizační programy. Ve výzkumné části se zaměřuji na seniory, kteří využívají aktivizační programy, které probíhají v Centru denních služeb Života 90 (dále jen CDS).

Na základě výzkumného cíle jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku:

- Které faktory jsou klíčové pro rozhodnutí seniorů využít aktivizační programy?

Výzkumnou otázku doplňuji pomocí dílčích výzkumných otázek.

- Jaká je motivace seniorů účastnit se aktivizačních programů?
- Jaká je charakteristika seniorů navštěvujících aktivizační programy?
- Existují faktory, které brání využívání aktivizačních programů?
- Do jaké míry odpovídají nabízené aktivizační programy potřebám a zájmům seniorů, kteří se jich účastní?

Techniky získání dat

Polostrukturovaný rozhovor

Jelikož potřebuji dosáhnout vzhledu do života respondenta, zvolila jsem jako techniku sběru dat rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje definovaným účelem, také tím, že má určitou osnovu, zároveň ale poskytuje pružnost celého procesu získávání informací. Tento nástroj je náročný na čas i výzkumníka, ale dokáže zjistit názory, hodnoty, potřeby, subjektivní pocity spokojenosti či nespokojenosti respondenta (Hendl 2012). Umožňuje nám tedy určitou volnost a možnost doptat se v průběhu v případě potřeby na více informací. Vytvořila jsem strukturu otevřených otázek zaměřujících se na hlavní cíl výzkumu (Příloha č. 1). Otázky v rozhovoru byly primárně zaměřeny na důvody, které ovlivňovaly rozhodnutí seniorů přijít do centra, jejich motivaci zvolit si konkrétní program, dále zkušenosti, potřeby, názory a vlastní hodnocení.

V první fázi výzkumu jsem provedla pilotní studii, kdy jsem ověřovala srozumitelnost a pořadí otázek. Následně došlo k malé úpravě otevřených otázek, ale obsah nebyl změněn.

Rozhovor jsem vedla osobně se seniory navštěvující CDS. Na začátek rozhovoru jsem položila otevřenou otázku, jak se o CDS dozvěděli. Tato otázka uvolnila první nejistotu a respondentovi byl dán volný prostor pro sdělení jeho zkušeností s příchodem do CDS. Poté jsem vedla otázky dle předem připravené struktury. Rozhovor jsem zakončovala otázkami na demografické údaje.

Analýza dokumentů

Analýza dokumentů slouží k doplnění již získaných poznatků jinou cestou (Hendl, 2012). Pro tuto práci jsem použila dokumenty CDS, ke kterým mám přístup. Jednalo se o roční cílové plány, přehledy kurzů a počty klientů v jednotlivých aktivizačních programech. Výsledkem je přehled doplněný tabulkami a grafy, které přiblíží programovou nabídku CDS.

Postup sběru dat

Samotná realizace sběru dat byla prováděna od května do června 2015 v Centru denních služeb Života 90 v Praze. V CDS pracuji jako sociální pracovnice, respondenty jsem tak mohla oslovit přímo. V první fázi byl výběr respondentů teoretický. Nahodilý resp. příležitostný výběr byl použit až v posledním kroku. Nejprve jsem si záměrně rozdělila programy, které CDS nabízí do skupin (pohybové, arteterapeutické, počítačové,

kognitivní). Podle počtu kurzů v každé skupině programů jsem oslovila 1-2 účastníky kurzu.

Výzkumný soubor tak tvoří 12 seniorů navštěvujících některý z programů CDS, kteří souhlasili s rozhovorem. Všechny oslovené jsem seznámila se záměrem diplomové práce a ujistila je, že výzkum bude anonymní. Konkrétní respondenty jsem oslovovala příležitostně před začátkem nebo po skončení kurzu. Rozhovory probíhaly v místnostech učeben, kde byl zajištěn klid a soukromí nebo také v přilehlé kavárně, když s tím dotyčný respondent souhlasil. Celý sběr dat u jednoho respondenta trval přibližně hodinu.

Rozhovory jsem zaznamenávala na pracovní list dle předem připravené struktury. Některé rozhovory jsem si nahrávala, pokud s tím dotyčný respondent souhlasil. Poté jsem provedla doslovnou transkripci, kódování a vytvořila vhodné kategoriální systémy, které uvádím ve výsledkové části.

6 Výsledky

Respondenti

V následující podkapitole naleznete charakteristiku seniorů, kteří se účastnili výzkumu. Výzkumný soubor tvoří 12 seniorů navštěvujících některý z programů CDS.

Věk:

Celkový počet uživatelů CDS za rok 2014 byl 178 uživatelů, z toho 10 mužů a 168 žen. Vzhledem k demografickému stárnutí není překvapující, že výzkumný soubor tvořilo 11 žen a 1 muž. Průměrný věk respondentů byl 72 let. Je zajímavé, že se průměrný věk mnou oslovených seniorů naprosto shoduje s průměrným věkem seniorů, kteří navštěvují CDS dle statistik CDS za rok 2014.

Vzdělání:

Z otázky na nejvyšší dosažené vzdělání vyplynulo následující. Polovina dotazovaných má vystudovanou vysokou školu, druhá polovina uvedla střední vzdělání s maturitou. Vzdělání základní, vyučen/a, střední bez maturity neuvedl nikdo. Vysokoškolské vzdělání má tak polovina oslovených.

Povolání:

U středoškolsky vzdělaných respondentů se objevila povolání: účetní, knihovnice, trenérka kanoistiky, úřednice, zahradní architekt, zdravotní sestra. Mezi profesemi vysokoškolsky vzdělaných dotazovaní uváděli povolání: zubní lékařka, výzkumnice, sociální pracovnice/pedagog, doktorka přírodních věd, učitelka.

Rodinný stav:

Z 12 dotazovaných bylo 7 seniorů vdaných/ženatých. Ovdovělé byly 4 respondentky a jedna seniorka byla rozvedená. Z výše uvedeného vyplývá, že více než polovina dotazovaných seniorů žije v domácnosti s manželem/manželkou. Další informací je, že 11 dotazovaných žije doma ve vlastní domácnosti bez pomoci rodiny, partnera, pečovatele. Jedna seniorka využívá péče pečovatele. Všichni respondenti bydlí v Praze.

Finanční situace:

Svou finanční situaci jako průměrnou označilo 7 oslovených seniorů. Pouze 1 senior hovořil o nedostatku financí a naopak 4 respondenti vnímali své finanční zázemí jako nadprůměrné.

„Podle mě je situace seniorů v ČR velmi tristní. Já nedokážu pochopit, jak někdo může říct, že se seniori mají dobře, vždyť když berete 11 tisíc důchod... pokud bych byla sama, tak jdu na sociálku žádat o sociální byt a nějakou tu podporu, protože z toho to absolutně nemůžete zvládnout.“

„Když zůstane člověk sám, neměl by se bát jít z toho velkého bytu do menšího, a to nejen kvůli financím. Jsem v malém bytě enormně spokojená a nemusím se rozmyslet, jestli na ten koncert či výlet mohu nebo nemohu jít. Hodina toho cvičení stojí třicet korun. Nekouřím, nepiju, za tohle já neutracím žádné peníze, tak nevím, proč bych si to nedopřála.“

Životní styl:

Seniori, kteří navštěvují CDS, žijí velmi aktivním životem. Aktivizační program/y, které navštěvují, nejsou zdaleka jejich jedinou aktivitou. Většina seniorů si stěžovala na nedostatek času. Mají tolik práce a aktivit, že jim přijde, že nestíhají.

„Já moc volného času nemám. Připravuji se na malování, na angličtinu, na kulturní přednášky, starám se s láskou o malého vnuka. Mám velký byt, musím poklízet. Mám pocit, že čas si spíš kradu.“

Jako nejčastější činnost ve volném čase byla uváděna péče o rodinu (především vnoučata) a domácnost.

„Věnuji se rodině, starám se o manžela, pečuju o domácnost, hlídám vnoučata.“

„Jedu do zahraničí za dcerou a synem, starám se o vnoučata.“

Dále byla zmiňovaná návštěva chaty a zahrádkaření. Často byl také uváděn zájem o kulturu (návštěva divadel, muzeí, galerií, oper, knihoven).

„Tehle měsíc jsem byla třikrát v divadle. To jsou zážitky, se kterými potom žiju dál.“

Další respondenti uváděli cestování, četbu literatury, plavání. V poslední řadě byly uváděny výlety, procházky, turistika či lázně. Vše doplněné o setkávání se s přáteli.

„Vedu kulturní a sportovní život. Mám permanentku do národní galerie a muzea i abonmá do opery. Chodím na procházky, výlety i Nordic walking. S přítelkyní jezdím do lázní, kde kromě procedur, ujdeme deset až dvanáct kilometrů pěšky a ráno a odpoledne ještě cvičíme. My si vybíráme věci, kde ten pohyb je. Udržuje mě to.“

„Třeba u křížovek - já moc věci nevím, ale vyluštím, co zvládnou. A co tam zůstane, tak mám křížovkářský slovník a já to hledám, hledám a hledám, až to dovyluštím nebo si někdy vezmu časopis a přečtu ho od A do Z. Někdy jsou tam blbosti, ale musím to číst, abych se udržovala.“

Centrum denních služeb Života 90 (přehled kurzů)

Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. v § 45 odst. 1 definuje službu Centra denních služeb takto: *„V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.“*

V odstavci 2 najdeme obsah základních činností této služby:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- e) sociálně terapeutické činnosti,*
- f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*

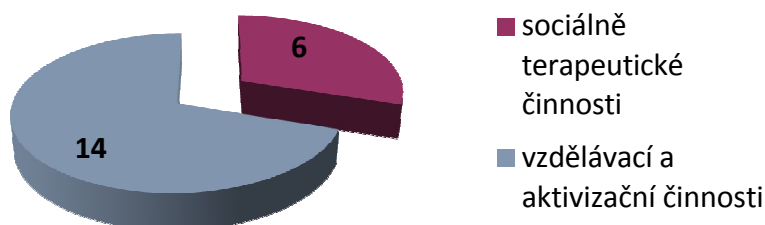
Za rok 2014 se v CDS Ž90 podařilo otevřít celkem 20 různých typů činností realizovaných ve 30 pravidelných kurech. Celkový počet uživatelů CDS za rok 2014 byl 178 uživatelů, z toho 10 mužů a 168 žen. Určitě je důležité zmínit, že někteří klienti docházejí na více kurzů. Počet přihlášených osob na kurzech za rok 2014 byl 278. Průměrný věk uživatele CDS je 72 let (Život 90, 2015).

Pro účely této práce využiji jako jednu z možností rozdělení kurzů dle činností ze zákona (Tab. 1, Graf 2). Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v §11 odst. 2 písm. c) nalezneme výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, které zahrnují nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností a podporu při získávání návyků souvisejících se zařazením do běžného společenského prostředí včetně využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů. Dále §11, odst. 2, písm. e) upravuje socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

Typ činností	počet kurzů	počet klientů
vzdělávací a aktivizační činnosti	14	206
sociálně terapeutické činnosti	6	72

Tabulka 1: Rozdělení kurzů dle činností ze zákona

Do vzdělávacích a aktivizačních činností řadíme pohybové aktivity (břišní tance, cvičení pro seniory, Chi-Kung, cvičení pro zdraví, Hatha jóga, jóga, pilates, zdravotní cvičení), trénování paměti, šití a počítačové kurzy. Do sociálně terapeutických činností v CDS spadají kurzy arteterapie, keramiky, textilních technik, výtvarné kurzy a reminiscenční pořady.

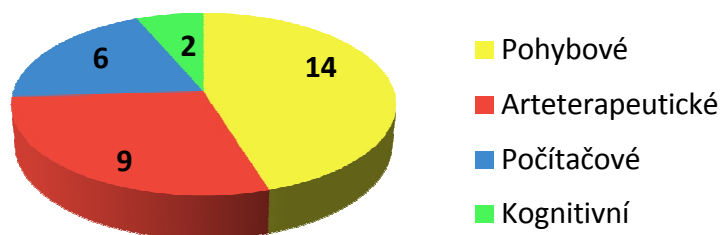


Graf 2: Počty kurzů dle náplně činností (rok 2014)

Dalším možným rozdělením, které navrhuji, je do skupin dle náplně činností (Tab. 2, Graf 3). Na základě tohoto rozdělení jsem realizovala výzkum. Skupiny aktivizačních programů jsou seřazené sestupně dle počtu kurzů v každé skupině (použity údaje za letní semestr roku 2015)

Skupiny aktivizačních činností	počet kurzů za LS r. 2015
Pohybové	14
Arteterapeutické	9
Počítačové	6
Kognitivní	2

Tabulka 2: Skupiny aktivizačních činností



Graf 3: Počty kurzů dle skupinového rozdělení

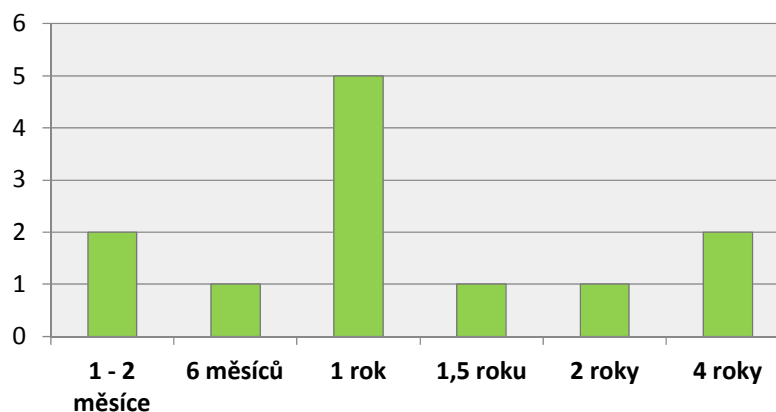
V nabídce CDS jsou nejvíce zastoupeny pohybové aktivity (břišní tance, Chi-Kung, cvičení pro seniory, cvičení pro zdraví, Hatha jóga, jóga, pilates, zdravotní cvičení aj.). Arteterapeutické programy zahrnují kurzy arteterapie, textilních technik, výtvarné kurzy a kurzy keramiky. Kognitivními činnostmi rozumíme kurz trénování paměti a reminiscenční terapie. Počítačové kurzy se odehrávají v rámci individuální výuky nebo ve skupinových kurzech, zaměřující se na začátečnickou i pokročilou práci na počítači i tabletu a praktického využití internetu.

Centrum denních služeb trvale poskytuje svým klientům podmínky pro osobní hygienu, kdy jsou v nabídce bezbariérové sprchy. CDS dále zajišťuje stravování pro klienty v restauraci domu. Počet klientů za rok 2014, kteří využívali obědy, byl 40 osob (Život 90, 2014). Podstatou sociální služby CDS je zlepšit psychosociální podmínky seniorů a zdravotně postižených osob prostřednictvím realizace specificky zaměřených krátkodobých a dlouhodobých dobrovolnických programů aktivizačního, edukačního a volnočasového charakteru. Veškeré služby CDS Ž90 jsou určeny seniorům doposud bydlících ve svých domácnostech, ale také klientům při jejich krátkodobém pobytu v odlehčovacím pobytovém a rehabilitačním centru (Život 90, 2015).

Na začátek rozhovoru jsem respondentům položila otevřenou otázku, jak se o CDS dozvěděli. Dále jsem v první části rozhovoru kladla otázky na dobu navštěvování konkrétního kurzu, příp. zda navštěvují i jiné kurzy. Z odpovědí vyplynulo následující:

Na otázku jakým způsobem se od CDS dozvěděli, se opakovaly odpovědi typu: od známé, přítelkyně, bývalé vedoucí, jiné lektorky, kolegyně z práce, přátel, sousedky. Způsob, jakým se senioři o CDS dozvěděli, by se dal shrnout: od vrstevníků, známých seniorského věku. Pouze dva dotazovaní se o kurzu dozvěděli z nabídky CDS (z letáku).

V grafu 4 uvádím četnost odpovědí ohledně doby navštěvování kurzu.



Graf 4: Doba navštěvování kurzů

Senioři, které jsem oslovila, navštěvují daný kurz v průměru 1 rok a 5 měsíců. Nejčastěji byla zastoupena odpověď 1 rok. Zajímavým zjištěním bylo, že skoro polovina dotázaných navštěvuje ještě nějaký jiný kurz či kurzy. Ti, kteří odpověděli, že nenavštěvují, dodávali, že hlavním důvodem je nedostatek času, příp. že se chystají chodit od nového pololetí (od září).

Faktory ovlivňující motivaci

Na základě výzkumného cíle jsem stanovila hlavní výzkumnou otázku, která se zaměřovala na faktory, které jsou klíčové pro rozhodnutí seniorů využít aktivizační program. Otázky se zaměřovaly na celkovou motivaci seniorů.

Mezi odpověďmi se nejčastěji objevovaly faktory, které uvádím níže a dále pro lepší přehlednost na diagramu č. 1.

- Věnovat se více sobě, cítit se dobře
- Udržení kondice, zvýšení fyzické aktivity, rozvoj pohybu
- Být mezi lidmi
- Rozšíření znalostí, dovedností
- Komunikace s přáteli
- Pocit uplatnění, porozumění, snížení pocitu osamění
- Potřeba procvičení paměti, rozvíjení mozku
- Potřeba radosti, potěšení

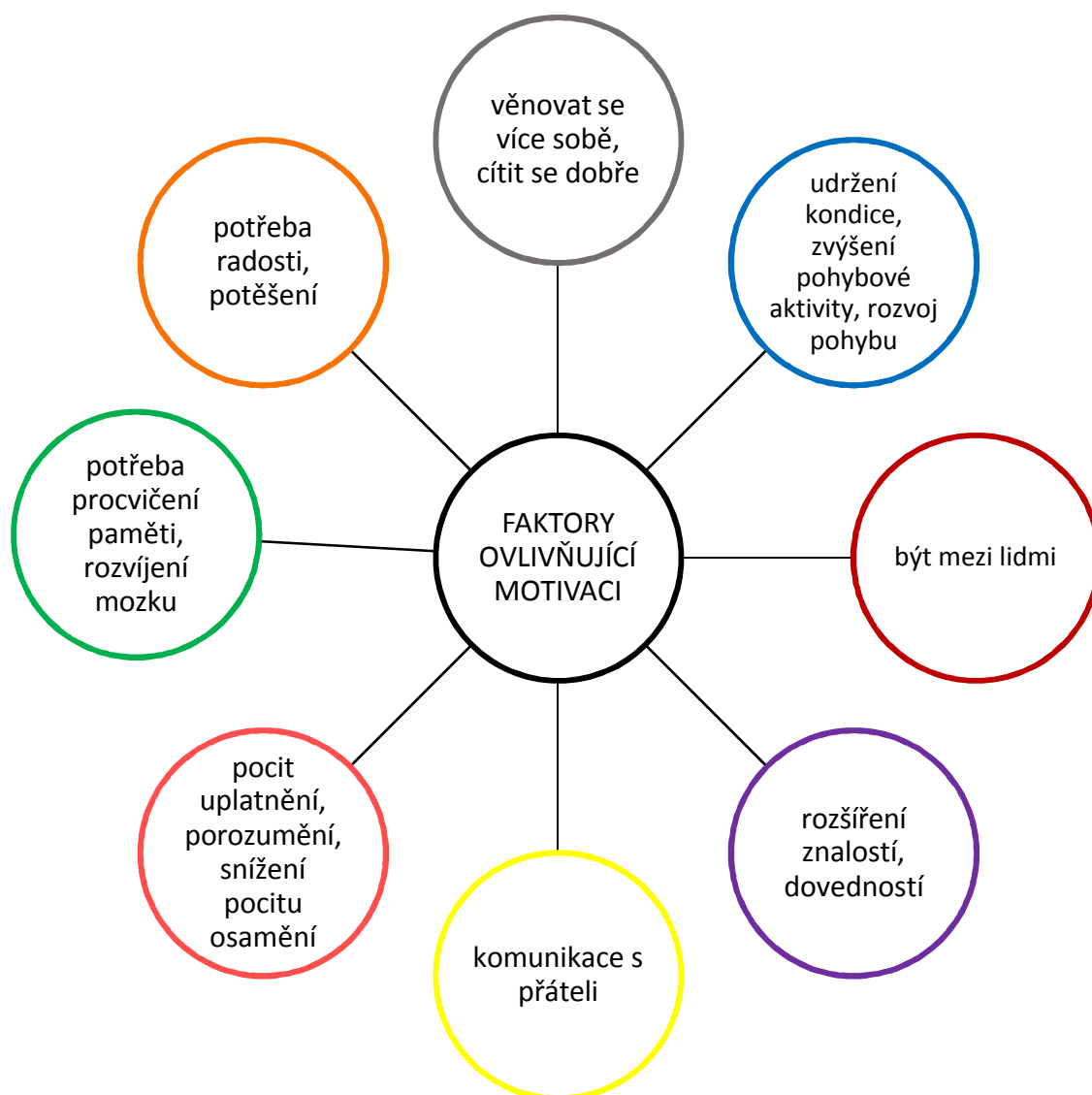


Diagram 1: Faktory ovlivňující motivaci

Z výše uvedeného plynou jasné motivace seniorů k účasti na aktivizačních programech, které dokládám na následujících řádcích.

➤ **Věnovat se více sobě, cítit se dobře**

„Když jsem pracovala, na tyto aktivity mi nezbyval čas ani energie. V důchodu jsem se rozhodla věnovat více sobě, svému zdraví a rozšířit si vzdělání.“

„Viděla jsem je tancovat a líbilo se mi to. Hlavním motivem nebylo ani tak zlepšení kondice, to ani tak ne, ale spíš mě to zaujalo. Ale určitě mi to zlepšilo kondici, cítím se pohybově lépe, cítím lepší rovnováhu, kterou jsem měla špatnou. Když jsem začínala, tak

mi dělalo problém stát na pravé noze a za ten rok to teď dokážu i bez opory. Celý život jsem na to neměla čas, při třech dětech a zaměstnání, tak teď si to vynahrážuju. A potřebuju být mezi lidmi, i to je takový hnací motor!“

„Tato činnost pozitivně ovlivňuje můj život a přispívá k tomu, že se cítím dobře.“

„Cítím se dobře, jinak bych tam nechodila.“

„Při kurzu se cítím velmi dobře, lektorka si vytvořila přirozenou autoritu a pohodu v celé skupině, potkala se zde parta lidí, kteří reagují na vtipy, už to neberou tak vážně jako na začátku.“

„Cítím se dobře, ale nejsem typ, který by trávil čas jenom s počítačem. Kniha, a to papírová, je přednější.“

➤ **Zlepšení či udržení kondice, zvýšení fyzické aktivity, rozvoj pohybu**

„Hlavní motivací bylo zlepšení kondice. Když se starý člověk přestane hýbat, je to konec.“

„Chtěla jsem pohybový kurz, mozek zatím zapojuju v jiných aktivitách. Jednak vím o tom, že to usměrňuje energii, jednak mi vyhovuje, že se cvičí většinou ve stoje. Hlavní důvod bylo celkové zklidnění a udržení kondice. V mém věku (68 let, pozn. autora) se už nezvyšuje kondice, ale už jen udržuje“.

„V mém věku (72 let, pozn. autora) je nutná fyzická aktivita. U jógy dochází k protažení všech svalů bez náročné námahy. Fyzická aktivita také ovlivňuje duševní stránku.“

„Potřebuju už ve svých 79 letech trošku pohybu. Hlavní důvod přijít sem byl pohyb, udržování a zlepšení kondice“

„Já sem chodím kvůli tomu cvičení, abych mohla chodit, udržovala se v kondici, abych mohla žít.“

„Znamená to pro mě více pohybu a protažení zkrácených svalů, lepší držení těla a překonání pohodlnosti.“

„Je to pro mě zlepšení nebo alespoň udržení kondice. Kdybych se necítila dobře, tak sem chodit nebudu.“

„Pro mě je pohyb jako život. A kdyby člověk, který pracuje duševně, se věnoval pohybu minimálně dvakrát týdně, tak tělo i mozek se tzv. pročistí a může dál vykonávat velký duševní vypětí.“

➤ **Být mezi lidmi**

„Když sem jdu, jsem nucená projít Prahou, zavzpomínat, podívat se, co je tu nového. Vždy si sedneme do kavárny, něco si dáme a popovídáme. Je to i takové společenské vyžití. Musím chodit mezi lidmi, je to strašně bezva. Mezi čtyřmi stěnami bych být nemohla.“

„Za prvé je to pohyb, za druhé kontakt s lidmi. Nedovedu si představit, že bych tam nechodila.“

„Chodím sem ráda, protože jsou tady lidé, kteří mi rozumí.“

➤ **Rozšíření znalostí, dovedností, zdokonalování, využití v praxi**

„Zpětně vidím, že mě arteterapie naučila spoustu věcí.“

„Chci se zdokonalit v praktikování jógy a s manželkou to pokládáme za aktivní a příjemné naplnění volného času. Od září se chci zúčastňovat kurzu trénování paměti, neboť přispívá k udržení dobré úrovně mentálních schopností.“

„Pro mě by bylo výstižnější kreslení než malba, neboť musím mít vše promyšlené, všechno by mělo mít perspektivu, své linie.“

„Chtěla jsem vyzkoušet, co ten tablet vůbec je. Starší člověk není na ty nové technologie. Někdy zmáčknu moc, někdy málo a já to neodhadnu, na co jak mám mačkat.“

„Je to pro mě nové a chci se s tím seznámit, s těmi technologiemi a odhadnout, na co jsem, co zvládnu.“

„Rozšíření znalostí, seznámení se s počítačem a především internetem. Neměla jsem možnost naučit se s počítačem dříve.“

„No už jsem kurz trénink paměti využila v praxi. Třeba když si za tmy zapínám televizi, tak jdu po paměti a to už jsem si sama vytvořila mnemotechnickou pomůcku: pravá ruka - pravý ovladač /levá ruka - levý ovladač a už vím, co zmáčknout.“

„Trénink paměti mi pomohl k zapamatování čísel na policii, hasiče a záchranku. Do té doby se mi to pletlo.“

➤ **Komunikace s přáteli**

„Chodím na internet do knihovny a už jsem si zvykla přes internet komunikovat s různými příbuznými, přáteli. Leccos si tam vyhledávám. A zjistila jsem, že v té knihovně to není tak pohodlné jako tady, je obsazeno a musíte čekat a doma stolní počítač nemám. A ani nemám děti, které by mi s tím pomáhaly.“

„Občas se zapojím do nějaké debaty o nejrůznějších věcech týkajících se malování, výstav a toho, co jsme nového viděli, slyšeli. Takže je to trošku takové kulturní společenství, kde se vzájemně informujeme, co bylo a je zajímavé, co bychom měli shlédnout.“

➤ **Pocit uplatnění, porozumění, snížení pocitu osamění**

„Když jsem po smrti manžela zůstala sama, měla jsem pocit, že jsem opuštěná, vyloženě v takových depresích, tak mi jedna známá řekla, abych přišla a zkusila to.“

„Po smrti manžela jsem si připadala nevyužitá a tak jsem hledala možnost, kde být platná. Měla jsem tři možnosti a nakonec jsem si vybrala Život 90.“

➤ **Potřeba procvičení paměti, rozvíjení mozku**

„Mám vystudovanou výtvarnou školu, takže jsem si řekla, že mi to bude pomáhat rozvíjet můj mozek a keramika je zase dobrá na motoriku, protože si myslím, že jenom cvičení nepomáhá. Chodím tam opravdu proto, abych rozvíjela mozek, aby nedegeneroval.“

„Zjistila jsem, že zapomínám, a toho jsem se lekla. A tomuhle kurzu jsem důvěřovala. Cítila jsem, že potřebuji paměť procvičovat víc prakticky. A četla jsem, že buňky v mozku se dají obnovovat, tak jsem si je chtěla obnovit.“

➤ **Potřeba radosti, potěšení**

„Ráda jsem kreslivala, odmala mě k tomu vedl můj tatínek. Baví mě obrazy, sleduju zejména grafiku, ta mě myslím zajímá ještě víc než malba nebo sochařská díla.“

„V mém životě to hraje velkou roli. Je to pro mě strašný potěšení, radost a přináší mi to úžasný uspokojení. Jednak ten kolektiv, co tady je a taky bezvadná lektorka. Vždycky se na tu hodinu těším a odcházím prostě odpočatá a v pohodě.“

Další faktory (Diagram 2) ovlivňující rozhodování seniorů k účasti na aktivizačních programech vyplývající z výzkumného šetření (rozdělené do kategorií).

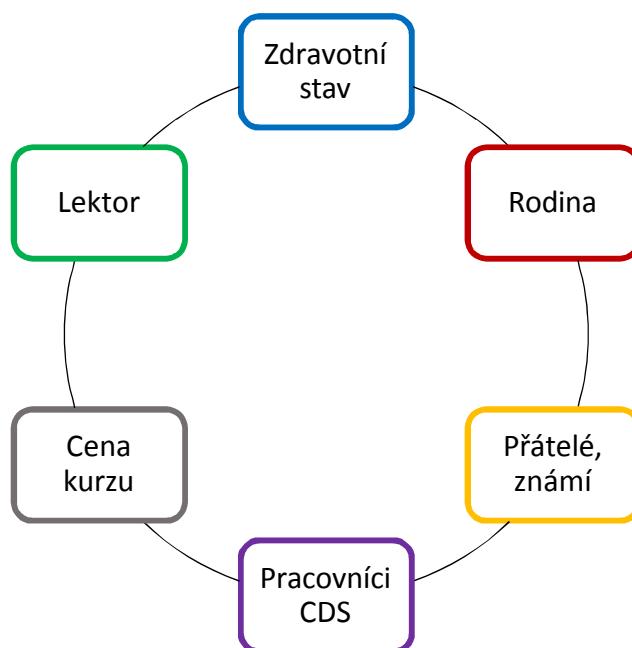


Diagram 2: Faktory ovlivňující rozhodování seniorů

Zdravotní stav:

Bylo zajímavé zjistit, že 9 z 12 dotazovaných seniorů odpovědělo, že je jejich zdravotní stav neovlivňoval při rozhodování využít aktivizační program. Tuto informaci pokládám za zvlášť důležitou. Jak vyplývá, pokud senior není plně imobilní, má chuť se něco naučit, přijít mezi lidi, tak zdravotní stav není ten z faktorů, který by tomu obecně zabraňoval. Naopak si myslím, že velmi záleží na psychickém nastavení a rozpoložení daného seniora. Mobilita je základním předpokladem k návštěvě kurzu v denním centru. Imobilita ale není jednoznačným faktorem, který by znemožňoval aktivizaci klienta.

Na následujících řádcích uvádím přímé výpovědi seniorů, jak vnímají sebe a svůj zdravotní stav.

„Zdravotní stav mě neovlivňoval, všichni starší lidé mají s těmi klouby problém. Do budoucna budu na pohybový kurz určitě chodit, ale neříkám, že nevynechám.“

„Neovlivňoval, asi kdybych měla víc síly a byla mladší, tak bych se věnovala náročnějším sportům, ale věk je věk.“

„Ne, jógu praktikuji pravidelně každý den od mládí.“

„Ne, já se na svůj věk (79 let, pozn. autora) cítím velice dobře.“

„Ne, vždycky jsem tancovala, mám ráda tanec.“

„Ne, zdravotních problémů mám hodně, ale tohle zvládám.“

„Zdravotní stav mě neovlivňoval, to spíš vzdálenost dojíždění. Ale přesto, že to mám daleko, jsem tu pravidelně. Cítím se tady jako člověk, je tu úplně jiné jednání, úžasné sebevědomí jsem nabrala.“

Zbylí 3 respondenti brali v úvahu při rozhodování svůj zdravotní stav.

„Mám spoustu zdravotních problémů, kvůli kterým nemůžu dělat to, co chci nebo jít tam, kam chci.“

„Mám handicap, že jsem po té mrtvici, tak musím ustoupit z takových výšin, musím být níž, abych to prostě zvládla. Někdy se mi klepou ruce, jindy zas nevidím nebo je blbý počasí a na ty lidi to působí, ale jinak se člověk naučí něco nového, ale chtěla bych tomu věnovat více času.“

„Chtěla bych chodit na cvičení, ale ten můj zdravotní stav mi tam neumožňuje jít.“

„Určitě ovlivňoval. Mám revmatické problémy a právě tím cvičením mohu ty svoje revmatologické problémy zvládat.“

„Zpočátku ano. Nebyla jsem si jistá v rozhodnutí – jsem kardiak - ale bylo správné.“

Rodina:

V této oblasti se odpovědi rozdělily přesně na polovinu a 6 respondentů uvedlo, že je rodina v rozhodování vůbec neovlivnila. Druhá část naopak zmiňovala rodinu jako jeden z faktorů, který je ovlivnil v pozitivním smyslu slova.

„Když děti náhle četly článek o tréninku paměti, strašně se jim to zalíbilo, mě ani ne, ale řekly mi, že první hodina je zdarma, a ať jdu a zkusím to. Pak jsem zjistila, že je to úžasné. Pak jsem se dozvěděla, že mě hned po pár lekcích testovaly. Na něco se mě ptaly, aniž bych cokoli tušila. Na skypu mi pak dcera řekla: mami, funguje to! Obě děti se shodly, že je znát rozdíl.“

„Děti mě podporují, dcera mi k Vánocům zakoupila účast na výtvarném kurzu, syn mi zase nakupuje odborné knihy.“

„Podporuje mě ve všem, hlavně dcera. Byla jsem u ní, když můj muž zemřel. Je to přece jenom trošku jiný, když je člověk sám, než když má toho partnera.“

„Já když mám vypnutý telefon, tak se občas stane, že dcera volá sousedce, aby se podívala, jestli jsem doma, protože mají strach, aby se mi něco nestalo, ale jinak ví, v kterou dobu mohu být v divadle nebo na koncertě.“

Všichni poukazovali na podporu rodiny, jak manžela/manželky, tak dětí. Nikdo neuvedl, že by je kdokoli z členů rodiny zrazoval od aktivity.

„Podporu mám, všichni jsou rádi, že se hýbu, že něco dělám.“

Přátelé, známí:

Na otázku, zda seniory v rozhodování na účasti kurzu ovlivnili přátelé, se odpovědi lišily. U 5 respondentů se objevila odpověď ne, neboť to bylo jejich vlastní rozhodnutí.

„Neovlivnili, vždycky to šlo ze mě, bylo to moje vlastní rozhodnutí.“ Zbylých 7 uvedlo, že ano. Těšili se podpory nebo nasměrování od přátel, známých. U některých klientů samotné navštěvování kurzu vedlo ke vzniku dalších přátelství, která se rozvinula i mimo centrum.

„Podporovali mě, všichni mi říkali, že je dobře, že něco dělám.“

„Ne, že by mě ovlivnili, ale nasměrovali. To bylo moje vlastní rozhodnutí“

„Mohla bych vlastně říct, že Životu 90 vděčím za to, že jsem začala nověj život.“

Pracovníci CDS:

V této otázce se skoro všichni shodli, že je pracovníci vůbec neovlivnili. Jeden respondent uvedl, že ho pracovníci ovlivnili v pozitivním slova smyslu, ale dále nespécifikoval.

„To jsem se rozhodla sama.“

„To na mě spíš mělo vliv to, jak lidi z toho kurzu chodí spokojení.“

Cena kurzu:

Pro 7 respondentů nebyla cena kurzu faktorem, který by brali v úvahu. Zbýlých 5 respondentů bylo ovlivněno v tom smyslu, že se jim cena zdála velmi příznivá a tím kurz obecně pro seniory dostupnější.

„Pokud vím, tak nic levnějšího bych nenašla.“

„Vždyť hodina toho cvičení stojí 30-45 Kč. Nekouřím, nepiju, za tohle já neutrácím žádné peníze, tak proč bych si to nedopřála.“

Lektor:

Na dvě třetiny dotázaných měl vliv lektor daného kurzu. Figuruje zde jako mentor, odborník, rádce, ale také jako člověk, se kterým lidé rádi tráví svůj volný čas.

„O lektorce jsem četla článek, který mě ovlivnil. Řekla jsem si, že to zkusím.“

„Lektorka je úžasná, empatická bytost a myslí na to, co je pro nás zdravotně vhodně, takže i ten tanec zaměřuje na to, co nám neublíží.“

„Lektorka je úžasně tolerantní. Člověk to nechápe, ptáme se jí xkrát na stejnou věc a myslím si, že pro ni je to obtížný, protože každý jsme na jiný úrovni v těch počítačích. A když tu má pět, šest lidí, tak běhá od člověka k člověku, takže to jde pomalu, ale s tím se nedá nic dělat.“

„Můžu říct, že mě lektorka velmi příjemně překvapila, takovou lektorku jsem nezažila, a že jsem během života chodila na hodně cvičení, ale tahle je jednoznačně nejlepší.“

„Lektorka je po všech stránkách vynikající.“

Nezaznamenala jsem žádné negativní názory na odbornost či osobnost lektora. Jednu třetinu respondentů výběr kurzu na základě lektora nikterak neovlivnil.

Spokojenost s aktivizačním programem

Další dílčí výzkumná otázka se týkala spokojenosti s aktivizačním programem. Zjišťovala jsem, zda program, který respondent navštěvuje, odpovídá jeho zájmům a potřebám.

Všichni dotazovaní respondenti jsou velmi spokojeni s kurzem, který navštěvují.

„Na kurzu se cítím dobře, jsem velmi spokojená, jinak bych tam nechodila.“

„Cítím se jako znovuzrozená, ať jdu ze cvičení nebo tance. Nevím, co to je bolest v zádech. Myslím, že je to po všech stránkách dobré a každému bych to doporučila.“

„Nic bych nevytkla, nic bych nezměnila, naprostá spokojenost. Nedovedu si představit, že bych tam nechodila.“

„Jsem spokojená, nic bych si nepřála změnit. Lektorka je moc vstřícná.“

Objevovalo se hodnocení jako velmi spokojen, naprostá spokojenost. Vyzdvihovala se jak vysoká úroveň kurzu obecně, tak odbornost, profesionalita i lidskost lektora.

„Lektorka nás vede k tomu, abychom překonávali obratné obtíže. A s humorem nás povzbuzuje.“

„Jsem spokojená. Člověk se něco naučí nebo se zabývá něčím novým, aspoň prostě vím, jak se ta keramika vyrábí, jaký je ten finální proces, vývoj.“

Dále se seniorům líbí, že programy jsou opravdu přizpůsobené možnostem a schopnostem účastníků.

„Mně vyhovuje to, že nemusím striktně dodržovat plán, který lektor zpracuje na semestr. A že se můžu věnovat tomu, co chci a potřebuju zvládnout.“

„Je to cvičení na míru – necítím, že cvičím, ale druhý den mě všechno bolí.“

„Je to tak vypracované, že i klienti, kteří se těžko pohybují, přijdou s půlhodinovým zpožděním, ale přijdou!“

Jediné, co jsem v rozhovorech zaznamenala negativního, byly záležitosti provozní (např. nedostatečná čistota učeben či cvičebních pomůcek). Lze konstatovat, že nabízené aktivizační programy odpovídají potřebám a zájmům seniorů, kteří je navštěvují.

Dále se všichni dotazovaní shodli, že nabídka programů je dostatečně pestrá. Každý si může vybrat. *„Domnívám se, že nabídka pokrývá celou paletu možných činností seniorů.“* *„Nabídka Života 90 je dostatečně široká.“*

Na otázku, jakou činnost by bylo v CDS zajímavé rozvinout, aby přitáhla nové zájemce, většina respondentů neodpověděla, nic je nenapadlo. Dodávali, že nabídka je opravdu široká, takže kdo se chce něčeho účastnit, lze si jen vybrat. Pouze dva dotazovaní senioři se vyjádřili k aktivitám, které jim v CDS chybí. Jedna respondentka uvedla kurz na

ovládání mobilního telefonu. Další by ocenila např. kurz na výrobu různých věcí (módních doplňků, krabiček, obrázků, bytových doplňků).

Faktory bránící využívání aktivizačních programů

U poloviny dotazovaných seniorů neexistovaly faktory bránící využívání aktivizačních programů. Druhá polovina uváděla nedostatek času na jakékoli další činnosti, ať z důvodů dalších aktivit nebo péči o rodinu. Jako faktory, které brání využívání aktivizačních programů, lze zařadit již zmíněný nedostatek času na další aktivity, péče o domácnost a rodinu (především manžela a vnoučata).

„Zatím žiju plnohodnotným životem, tudíž jinou činnost nevyhledávám.“

„Mám ten týden strašně krátký. Mám ten život bohatěj, to vlastně všechno bych mohla říct díky Životu 90. Získala jsem zde přátele, se kterými se vídám i mimo kurz.“

„Já si myslím, že je tady toho tolik – lze si vybrat, ale spíš nemám čas chodit na víc kurzů. Chodím totiž i na jiné akce, věnuji se rodině, starám se o manžela, pečuju o domácnost, hlídám vnoučata.“

„Myslím si, že nabídka je velice dobrá. Já jí bohužel nemůžu využít, protože manžel hodně špatně chodí a já musím všude s ním. Když mám mít doma trochu pořádek, tak se opravdu nedá už nic jiného.“

V jednom případě se objevil zdravotní stav, jako faktor zabraňující návštěvě daného kurzu.

„Chtěla bych chodit na cvičení, ale ten můj zdravotní stav mi tam neumožňuje jít.“

„Jsme unavení a dá nám hodně práce, abychom se soustředili na tu práci, trvá nám to déle, než se do té práce zabereme.“

„Neměli bychom se zabývat těmi svými nedostatky, které bohužel přicházejí. Můžeme je trošku oddalovat, aby ten život byl trošku víc naplněnej, smysluplnější, aby nebyl takovej plytkej.“

Hodnocení programů pro seniory a jejich užitečnost

Další otázku jsem v rozhovoru zaměřila na hodnocení programů pro seniory a jejich užitečnost. Všichni respondenti se shodli, že jsou velmi užitečné a potřebné, hodnotili je kladně.

„Jednoznačně pozitivně. Programy rozvíjejí myšlení, kreativitu a sociální citění člověka.“

„Programy pro seniory hodnotím velmi kladně. Užitečné jsou v tom, že ten člověk sem musí přijít, pokud tedy je mobilní. Znáám spoustu seniorů, kteří nemají o tyto věci vůbec

zájem, tak k tomu prospěchu nemůže dojít, když ten člověk to nevyužívá. Největší užitek mají jednoznačně senioři.“

„Programy pro seniory jsou na dobré úrovni a myslím, že mnoho seniorů je spokojeno.“

„Obecně si myslím, že jsou velmi potřebné. A myslím si, že pro seniorský věk být aktivní je nesmírně důležité. Téměř základní předpoklad pro to být duševně svěží a v pohodě. Jelikož existují psychosomatické choroby, tak to zpětně ovlivňuje i zdraví člověka, vnímání toho zdraví.“

„Každý jsme jiný a každý máme jiné předpoklady, baví nás něco jiného, takže rozmanitost programů, častost a kvalitní lidé, lektori. Aby to seniorům skutečně něco dalo.“

„Existuje tzv. U3V, kam jsem velmi chodila. Nahrazují svým způsobem vzdělávání, spíše než tyto aktivity. Ale ono se to v různých oblastech promítá.“

Užitečné jsou především v možnosti setkávání se s ostatními lidmi a smysluplné náplně volného času.

„Každý senior potřebuje přijít mezi lidi, já mám rodinu, nemám nouzi s někým promluvit. Ale jsou tu lidé, kteří jsou sami, opuštění. Když ten jeden z dvojice zemře, tak pokud nemá dost přátel, tak přijít sem, je taky způsob, jak je najít. Starší ženy, které znám, čerpají tyhle možnosti.“

„Programy pro seniory jsou chvályhodné. Senioři si mohou zlepšit kondici, přiučit se něčemu, na co neměli čas při zaměstnání a v neposlední řadě přijít mezi lidi.“

„Když lidi nařikají, že se nic nenaučí, nic neumějí, tak jim říkám: budete z toho dělat státnice nebo sem chodíte proto, abyste přišli mezi lidi? Dávají mi za pravdu.“

„No supr, určitě je to moc dobrý. Lidé se zde mohou sejít, protože hodně lidí třeba nemá dostatečnou sociální komunikaci. I když mám takoví známí, kteří jí nemají, ale zase si říkám, že je to jejich vina. Nejsou vstřícní k ostatním, netolerantní, pozvete je někde na vycházku - nechce se jim, jsou pohodlní. Akorát dojít sem na kafe? Prima, ale omezit to jenom na kafe a nic jinýho, to se mi zdá takový chabý.“

„Programy jsou pestré, velmi užitečné pro další poznávání se s lidmi a rozšíření znalostí.“

„Pro moji osobu mi přijdou užitečné. Já bych řekla, že je to individuální, ale nedá se tím zabíjet čas.“

„Podle mě z toho mají největší užitek senioři. Je to bezvadný, že organizace umožňuje tyhle kurzy.“

Na otázku, kdo z těchto programů má největší užitek, se respondenti jednomyslně shodli, že právě senioři. *„Jsou užitečné v setkávání a senioři jsou ti, kteří z nich mají největší užitek.“* „Podle mého soudu největší užitek mají senioři.“ Polovina dotázaných

zmiňovala také lektory. Pokud se jedná o formu dobrovolnictví, lektor nedostává finanční odměnu. Avšak pokud kurz vede dobrovolník, nejedná se v žádném případě o nižší kvalitu programu. Naopak někteří dotazovaní uváděli úžasnou motivaci lektorů – dobrovolníků, kdy jejich důsledná příprava na hodinu zabere dost času, kterou oceňují.

„Já myslím, že mají užitek obě strany - jak klienti, tak lektori.“

Organizaci jako profitující instituci z provozování programů pro seniory neuvedl nikdo. Naopak byla vyzdvihována nízká platba za programy a neziskovost organizace.

„Já jako klient z toho mám profit, ale organizace má z toho peníze pouze na provozní záležitosti. Je skutečně nezisková. Programy jsou užitečné hlavně v aktivizaci seniorů, mají společnost, mají nabídku nových poznatků, zážitků.“

„Já nevím, jaký užitek z toho může mít organizace, když se tady platí minimum, to ty klienti z toho mají evidentně největší užitek. Jako ekonomicky možná i stát. Když se tu budou senioři scházet, tak bude méně problémů, i zdravotně jim to prospěje.“

Všichni dotazovaní respondenti se jednomyslně shodli na tom, že návštěvu aktivizačních programů by doporučili ostatním seniorům, kteří si rozmyslí účast na některém z nabízených kurzů. Ať je zpočátku hlavní motivací seniora například zlepšení fyzické kondice, může časem tento primární cíl doplnit další. Například utváření nových přátelství, potřeba smysluplné náplně volného času či seberealizace.

„Doporučila bych překonat počáteční lenost a ostych. Přijít se podívat a vyzkoušet si cvičení. Cvičení je velmi prospěšné, zábavné a cenově příznivé.“

„Rozhodně bych doporučila. Poznám, že cviky se mi dělají daleko snáz a lépe poté, co jsem začala chodit sem. Jóga upevňuje zdraví, udržuje pohyblivé a pružné klouby a vedle fyzické kondice udržuje i psychickou aktivitu.“

„Doporučuju všem známým, aby nečinně naseděli doma, ale chodili mezi lidi. Zkusit to a zajímat se o to, co vše je možné v životě dělat a užívat si život.“

Návštěva aktivit pro seniory je jednoznačně prevencí pocitu osamění. Přijít mezi lidi, kteří mají společný zájem, se pro osamělého seniora může stát něčím, na co se každý týden bude těšit. Přivede ho to na jiné myšlenky a zároveň rozvine sociální komunikaci. Pokud se senior cítí nesvůj, může se na základě první hodiny, která je zdarma, rozhodnout zda na kurz bude či nebude chodit. První počáteční ostych k započetí hovorů může přebít právě společný zájem něco nového se naučit.

„Většina problémů u seniorů je ze samoty. Já jim doporučuju všechno, ať si vyberou podle svých zájmů. Ať ty lidi vyjdou ven a přijdou mezi lidi, mezi své vrstevníky. Prostě nejhorsí ze všeho je, když ten senior je doma a ovládá ho ovladač od televize. To je největší

tragédie. Nebát se a jít do toho. Chodím do skupiny lidí, kterým je v průměru tak 90 let a nejsou zavřený do sebe. Jdou a radujou se. Jde o to najít odvahu a vyjít ven do ulic.“

„Aby se rozhodně do něčeho vrhli. Neříkat JÁ už nic nedokážu! Nechat seniora dělat to, co zvládne, být u něj, ale zachovávat jeho samostatnost. Prostě aby se ten senior necítil v rodině odstrčený.“

„Senioři jsou strašně zranitelní. Oni to na sobě nedávají moc znát, protože se trošku stydí a nechtějí být na obtíž. Já jsem taky unavená, chtěla bych jít spát, ale já jdu a vezmu si noviny a čtu. Zapomněla jsem, co bylo na první stránce? Tak tam jdu znova.“

„Já bych jim to doporučila zkusit, pokud to fyzicky zvládne, tak má zkusit všechno. Co tím můžou ty lidi zkazit? Nic.“

Na otázku zda je nějaká činnost, dovednost, která je jim blízká, a o kterou by se chtěli podělit s ostatními, odpovídali v 8 případech záporně. Zbylí 4 respondenti by byli ochotní si připravit např. přednášku o tématu, co je zajímavá nebo se zapojili jako dobrovolníci anebo suplovali lektory v případě nutného zástupu. Nejednalo by se však o nějakou pravidelnou činnost, ke které by museli být časově vázáni.

„Mám problémy s kolenem, takže z tohoto důvodu bych se nechtěl vázat k nějaké akci, kterou bych pak nemohla splnit.“

„Jedině, kdyby lektorka onemocněla, tak jsem jí ochotná zastoupit, ale nemůžu slíbit pravidelnost.“

Nakonec na následujících řádcích uvádím přímou výpověď jedné respondentky, která toto téma výstižně shrnula.

„Znovu bych zdůraznila, aby senioři nechodili po kavárnách, neseděli před televizi, nevysedávali po parcích po lavičkách příliš často a byli aktivní a využívali aktivit, které jsou jim k dispozici v nejrůznějších spolcích a organizacích. Víte, on je asi jiný pohled od člověka, který pracoval celý život ve výzkumu, na rozdíl od člověka, který na to nebyl zvyklý, možná mu to připadá nad jeho síly a to je špatný přístup. Měl by všechno vřadycky zkusit a sám sobě poradit zda ano nebo ne a zvážit svoje schopnosti a možnosti.“

7 Diskuze

V úvodu diskuzní části práce uvádím výsledky výzkumu Haškovcové (2001), kde bylo opakovaně zjištěno, že velkoměstská populace starších osob žije i do vysokého věku velmi aktivně, společensky. Dále vyšlo najevo, že se tito lidé zajímají o dění ve státě, čtou noviny, sledují televizi, poslouchají rozhlas. Pozitivní bylo zjištění, že téměř 90 % seniorů chodí na procházky, někteří dokonce pravidelně.

Všichni respondenti účastníci se výzkumu této diplomové práce žijí v Praze, proto je lze považovat za velkoměstskou populaci. Z výzkumu jsem zjistila, že senioři, kteří navštěvují aktivizační programy, jsou velmi aktivní, společenší lidé s vlastními zájmy a zájmem o aktuální dění ve světě. Většina z těch, kteří navštěvovali aktivizační program, měla i další aktivity. Ať už se jednalo o aktivity podobného zaměření (např. návštěva podobného programu v jiné organizaci) nebo naopak další vlastní činnosti jako vedení klubů, členství v představenstvu, návštěvy kulturních přestavení různého typu, zahrádkaření, turistika. Často se u seniorů objevoval pocit nedostatku času. Byl uváděn jako hlavní faktor bránící využívání aktivizačních programů.

Dále byla u všech rodina tím faktorem, od kterého se vše odvíjelo. Zaznamenala jsem, že pokud je postaráno o domácnost, manžela, děti či vnoučata, najdou si senioři čas na sebe a vlastní zájmy. Každý člověk má nějaká přání. Obětování se pro druhé je chvályhodné, avšak člověk by neměl zapomínat sám na sebe. Když je spokojen sám se sebou, pak teprve může na ostatní působit pozitivně a přinášet druhým radost a pečovat o blízké s láskou. Naopak pokud je člověk negativní, zatrpklý, vůbec nevyhledává společnost, odmítá možné nabídky společenských aktivit nebo nemá alespoň vlastní zájmy, kterými se realizuje, je jen otázkou času, kdy se u tohoto člověka objeví pocit osamění či frustrace. Dle empirických výzkumů (Sak, Kolesárová, 2012) jsou životní pole člověka v rovnováze. To znamená, že změna v jedné oblasti vytváří tlak i na změny ve zbývajících systémech. Proto např. ukončení pracovní aktivity zasáhne do sociálního pole seniora a náhle se prvky promění nebo úplně zmizí. Tento fakt může přinést ulehčení, ale také sociální frustraci, pocit izolovanosti a zbytečnosti. Jak podotýká Haškovcová (2001), odchodem do důchodu se mění životní stereotypy seniorů. Dochází k přerušování kontaktů, snižují se finanční zdroje a starší člověk mnohdy začne žít osaměle a cítí se neužitečný. Východiskem této situace je zapojení se do zájmové činnosti, rozvíjení zájmů a zálib. Pro toto zapojení je ovšem potřeba dostatečná motivace. Jednou důležitou charakteristikou motivace je tvořivost. Tvořiví lidé v sobě tuto životní sílu objevují tím, že se stále na něco těší, o něco usilují.

Z výzkumu diplomové práce vyplynuly jasné faktory ovlivňující motivaci:

- Věnovat se více sobě, cítit se dobře
- Udržení kondice, zvýšení fyzické aktivity, rozvoj pohybu
- Být mezi lidmi
- Rozšíření znalostí, dovedností
- Komunikace s přáteli
- Pocit uplatnění, porozumění, snížení pocitu osamění
- Potřeba procvičení paměti, rozvíjení mozku
- Potřeba radosti, potěšení

Pokládám za podstatné, že senioři vnímají svůj dobrý pocit při aktivizačních činnostech jako jeden z faktorů motivace. Je dobré vědět, že se senioři chtějí v důchodovém věku věnovat více sobě, být v kontaktu s lidmi. Účast na společenských akcích s dlouholetými přáteli nebo naopak poznávání nových lidí snižuje pocit osamění, saturuje potřebu radosti, potěšení a vzájemného porozumění. Rozšiřování znalostí a dovedností zvyšuje pocit uplatnění ve společnosti jako celku. Trénink paměti a kognitivních funkcí, ale i trénink fyzický spěje k udržení celkové kondice organismu. Rozhodnutí seniorů využít nějakou aktivitu tak ovlivňuje zmíněná řada faktorů.

Haškovcová (2001) faktory definuje do čtyř dimenzí: společenská atmosféra, individualita člověka, zdravotní stav člověka, nabídka možností. Zajisté zaleží také na společenské atmosféře v místní komunitě, která může do určité míry ovlivňovat rozhodnutí seniora vstoupit do nějakého kurzu, klubu nebo se pouze účastnit hromadného výletu či zájezdu. Ať hovoříme o jakékoli věkové skupině, vždy záleží na osobnosti, charakteru a individualitě člověka, zda se zapojí do aktivit nebo ne. Pokud existuje nabídka možností, člověk chce a jeho zdravotní stav mu to umožňuje, tak pak není těžké přijít a účastnit se.

Bylo zajímavé zjistit, že 3/4 dotazovaných seniorů odpovědělo, že je jejich zdravotní stav neovlivňoval při rozhodování využít aktivizační program. Tuto informaci pokládám za zvlášť důležitou. Jak z výzkumu vyplývá, pokud není senior plně imobilní, má chuť se něco naučit, přijít mezi lidi, tak zdravotní stav není ten z faktorů, který by tomu obecně zabraňoval. Naopak si myslím, že velmi záleží na psychickém nastavení a rozpoložení daného seniora. Mobilita je základním předpokladem k návštěvě kurzu v denním centru. Imobilita ale není jednoznačným faktorem, který by znemožňoval aktivizaci seniora. V oblasti rodiny se odpovědi rozdělily přesně na polovinu. Jednu část rodina v rozhodování vůbec neovlivnila. Druhá část naopak zmiňovala, že je rodina podporovala a byla ráda, že senior někam pravidelně chodí. Podpoře se těšili i od svých přátel a u některých seniorů samotné navštěvování kurzu vedlo ke vzniku nových přátelství, která se rozvinula i mimo centrum. Na dvě třetiny dotázaných měl vliv lektor

daného kurzu. Figuroval zde jako mentor, odborník, rádce, ale také jako člověk, se kterým lidé rádi trávili svůj volný čas.

Z výsledků výzkumu této diplomové práce vyplynulo, že polovina respondentů navštěvujících aktivizační program má vysokoškolské vzdělání. Někteří senioři navštěvovali U3V. Tento výsledek podporuje Holczerová a Dvořáčková (2012), které uvádějí, že rozhodnutí seniorů dále se vzdělávat závisí na jejich dosaženém vzdělání, dřívější účasti a druhu vzdělávání. Motivací k dalšímu vzdělávání je účast na kulturním životě, sociální aktivita v rodině i vně rodiny, prosazení zájmů a snaha zlepšit věci v komunitě.

Dle Rheinwaldové (1999) může příčinou malé účasti na programech být strach vyzkoušet nové zážitky. Podílet se na něčem, co neznají, u seniorů může vyvolávat pocit, že nebudou něčemu rozumět, že mohou být zesměšněni. Výzkum diplomové práce ukázal nejčastěji udávaný faktor, který zabraňuje využít další aktivizační program, a tím je nedostatek času. Tento subjektivní pocit se objevoval skoro u všech dotázaných. Přestože senioři nechodí do práce, tak vnímají, že jejich další aktivity a povinnosti jim zaberou mnoho času. Je otázkou, zda se za pojmem nedostatek času neskrývá také strach vyzkoušet nové aktivity, jít do cizího prostředí a podílet se na něčem novém. Proto velmi podstatnou úlohu hraje pochvala a povzbuzování, ať už se strany rodiny nebo přátel, ale taky pracovníků, kteří působí v aktivizačních programech a mohou tak seniora nasměrovat a ukázat možnosti.

Jedním z motivačních faktorů, který vzešel z výzkumu této práce, byla vidina zlepšení tělesné kondice, zvýšení pohybové aktivity a rozvoj pohybu. Většina fyziologů a lékařů se shoduje na tom, že aktivita vede v každém věku ke zdraví. Vědecký výzkum (Lobo, 2011) ukázal, že cvičení může zpomalit psychologické stárnutí. Pravděpodobnost dosažení dobrého zdraví v průběhu života široce souvisí s faktory životního prostředí a způsobu života. Tento výzkum prokázal, že senioři, kteří byli více fyzicky aktivní, měli pozitivní postoj k životu. Byli zdravější a prokázali lepší schopnost čelit stresu a napětí.

Aktivizační programy by měly odpovídat zájmům a potřebám seniorské populace a specifickým gerontologickým cílům. Činnosti by měly být navrženy tak, aby udržovaly a stimulovaly fyzické, mentální, kognitivní, společenské a emoční schopnosti a činily tak život smysluplnějším. S tím souvisí, že všichni respondenti byli spokojeni s kurzem, který navštěvují a obecně hodnotili programy pro seniory kladně a doporučovali je ostatním. Byli rádi, že něco takového existuje, a že si mohou vybírat z široké nabídky činností, a zůstat tak ve společenském dění.

8 Závěr

U seniorů může v důsledku nedostatku aktivity docházet k ochabování funkcí, smyslové deprivaci či společenské izolaci, proto aktivizační činnosti považují za nezbytné a je potřeba je nadále rozvíjet nejen v pobytových centrech, ale také v ambulantní formě. Motivem účastnit se jakýchkoli aktivit je často touha po sociálních kontaktech, udržování vlastních sil, zvládnání tělesných, psychických i sociálních změn či snaha najít smysl života. Sociální pracovník by měl klienta podněcovat, podporovat a umožnit mu jeho aktivitu nejen tím, že odstraňuje překážky k výkonu aktivity, ale také připravuje prostředí pro výkon aktivizační činnosti. Aktivita musí splňovat určitá kritéria, být příjemná, dělána dobrovolně, mít jasný účel a neměla by vést k neúspěchu, neboť důvěra ve vlastní schopnosti a touha dosáhnout cíle je jednoznačnou motivací.

Někteří senioři pracují až do vyššího věku a realizují se v zaměstnání nebo jiné zájmové činnosti. Jiní dohánějí to, co nestihli, např. si zvelebují svůj domov nebo zahrádku, tráví více času s rodinou, přáteli. Další se účastní akcí, které pořádají různá centra aktivizačních programů, klubů seniorů nebo kulturní organizace. Přesto většina oslovených seniorů uváděla, že by k uskutečnění svých plánů potřebovala daleko více času.

V teoretické části práce jsem se zabývala základními pojmy studia stáří a stárnutí, současným pohledem na stáří, procesem stárnutí, významu pojmu aktivního stárnutí a potřebám seniorů. Dále jsem se zaměřila na sociální služby pro seniory v České republice, popsala jejich formy a druhy a uvedla konkrétní podoby sociálních služeb dle zákona o sociálních službách. Také jsem popsala systémové souvislosti a současné trendy v péči o seniory. V další kapitole jsem se snažila poukázat na význam aktivizace. Vysvětlila jsem základní pojmy, které se v souvislosti s aktivizací používají, vyzdvihla jsem motivaci seniorů a ve zkratce uvedla význam dobrovolnictví. V poslední kapitole teoretické části jsem se věnovala konkrétním druhům a podobám aktivizačních programů a jejich procesu vytváření.

V empirické části, která tvoří druhou polovinu práce, jsem se zaměřila na hlavní cíl výzkumu a hledala jsem faktory ovlivňující rozhodování seniorů využít aktivizační programy. Z výsledků této práce vyplynulo, že se senioři chtějí věnovat více sobě, cítit se dobře, udržovat se v kondici, rozšířit si znalosti a dovednosti, zažít pocit uplatnění a porozumění, potřebu radosti a v neposlední řadě být mezi lidmi, komunikovat s nimi a poznávat je.

Omezení výzkumu a doporučení pro praxi

Výsledky této práce se týkají velkoměstských a vzdělaných seniorů. Omezením tohoto výzkumu může být fakt, že výzkum byl realizovaný v Praze a polovina respondentů má vysokoškolské vzdělání. Lze předpokládat, že na venkově a v malých městech je způsob života i nabídka aktivizačních programů jiná. Další výzkum by se tak mohl zaměřovat právě na oblast vesnic a menších měst, kde lidé tráví svůj volný čas jinak.

Tato práce může být využita pro studijní účely, jako podklad pro další zkoumání nebo jako materiál sloužící pracovníkům, kteří aktivizační programy realizují nebo se na nich jinak podílejí. Výsledky této práce mohou taktéž posloužit organizaci, ve které byl výzkum realizován, ale také dalším institucím, organizacím, které se zabývají poskytováním různým aktivizačních programů, ať už v ambulantní formě nebo v rezidenčních zařízeních.

9 Seznam použitých zdrojů

1. Asociace poskytovatelů sociálních služeb. *Komparace služeb sociální péče o seniory*. [online]. [cit. 2015-06-02]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/files/projekty/island_komparace.pdf
2. Česká arteterapeutická asociace (ČAA). *Definice a cíle arteterapie*. [online] © Česká arteterapeutická asociace 2012 [cit. 2015-05-05]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?podkategorie=arteterapie&clanek=22>
3. Česká Asociace Ergoterapeutů (ČAE): *Co je ergoterapie* [online] © 2008 [cit. 2015-05-09]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/page.aspx?PageID=1>
4. Česká společnost pro trénování paměti a mozkový jogging: *Zásady, cíle a specifika trénování paměti v ČR* [online] [cit. 2015-05-09]. Dostupné z: http://www.trenovanipameti.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=103&lang=cz
5. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
6. ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005, 119 s. ISBN 80-7254-547-7.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6
9. HLINOVSKÁ Jana, POHLOVÁ Zuzana. *Strategie péče o stárnoucí populaci*. [online] © Zdravotnické noviny 4/2008. [cit. 2015-07-01]. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/strategie-pece-o-starnouci-populaci-341318>
10. HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013, 96, iv s. obr. příl. ISBN 978-80-247-4697-5.
11. JANEČKOVÁ, Hana, ČÍŽKOVÁ Hana, NOVOTNÁ, Renáta. *Reminiscence v konceptech péče o starého člověka*. Odborný časopis Sociální služby, 3/2015, XVII. ročník, ISSN: 1803-7348
12. JAVORSKÁ, M. Nové trendy v péči o seniory. In. MÜHLPACHR, P. (ed.). *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 111.

13. JUREČKOVÁ, Petra. *Aktivizace seniorů*. odborný časopis Sociální práce, 2/2003, 140-152, ISSN: 1213-624
14. KANTOR, J. *Muzikoterapie – popis některých muzikoterapeutických technik*. [online] © 2007-2011 [cit. 2015-05-07]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeuticky-technik>
15. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
16. LOBO, Alexandrina. *Physical activity and health in the elderly* [online]. S.l.: Bentham Science Publishers, 2011, 80 s.
17. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, s. 525-530. ISBN 978-80-262-0366-7.
18. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). *Příprava na stárnutí*. [online] © MPSV 2015 [cit. 2015-06-29]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>
19. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017*. [online] Aktualizovaná verze k 31. 12. 2014. Dostupné na: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14540/III_vlada__Akcni_plan_staruti_.pdf
20. RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 86 s. ISBN 80-7169-828-8.
21. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. *Sociologie stáří a seniorů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 225 s. ISBN 978-80-247-3850-5.
22. Studium psychologie. *Motivace, dělení motivů, sebezáchovné (biologické), psychické a sociální motivy*. [online] © 2015 [cit. 2015-05-17]. Dostupné na: <http://www.studium-psychologie.cz/obecna-psychologie/12-motivace-deleni-motivu.html>
23. Světová zdravotnická organizace. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)*. © Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. Praha: Grada, 2001, 278 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
24. SVOBODOVÁ, Kamila. *Stárnutí společnosti* [online] [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.socioweb.cz/index.php?disp=temata&shw=250&lst=119>.
25. ŠTILEC, Miroslav. *Pohybově-relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 94 s. ISBN 80-246-0788-3.

26. ŠVESTKOVÁ Olga, HOSKOVCOVÁ Simona (2010). Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. *E -psychologie* [online], 4(4), 27-40 [cit. 2015-07-03]. Dostupné na: http://e-psycholog.eu/pdf/svestkova_etal.pdf
27. *Taneční terapie*. [online] © 2002-2012 [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=97>
28. TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 366 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
29. TOŠNER, J. *Druhy dobrovolnictví* [online] © 2015 [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: <http://www.dobrovolnik.cz/oblasti-dobrovolnictvi/druhy-dobrovolnictvi/>
30. VOJÍŘOVÁ, Dita. *Aktivizace – proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti*. Odborný časopis Sociální služby, 10/2012, XIV. ročník, ISSN: 1803-7348
31. World Health Organization: *What is „active ageing“?* [online] [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/
32. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
33. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
34. ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001, 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
35. Život 90. *Sekce sociálních služeb*. Vnitřní dokument, Praha 2015.
36. Život 90. *Statistika 2014 - přehled*. Vnitřní dokument, Praha 2014.

10 Seznam příloh

Příloha č. 1: Otázky rozhovoru

Příloha č. 1.: Rozhovor

- Jak dlouho navštěvujete tento kurz / aktivizační program?
- Jak jste se o něm dozvěděl/a?
- Navštěvujete v CDS ještě nějaký jiný kurz?
- Proč jste si zvolil/a tento program? (Jaké byly Vaše hlavní důvody, že jste se rozhodl/a využít některý z nabízených kurzů?)
- Co to pro Vás znamená? (příp. doplňující: Jakou roli hraje ve Vašem životě? / Jak se při této činnosti cítíte?)
- Jste spokojen/a s tímto kurzem? Co se Vám líbí, nelíbí? Co byste si přál/a, aby se změnilo v rámci kurzu, který navštěvujete?
- Ovlivňoval Vás v rozhodování: zdravotní stav, rodina, přátelé, známí, pracovníci CDS, cena kurzu, lektor?
- Je nějaká činnost, o kterou byste měl/a zájem, ale v současnosti ji centrum nenabízí?
- Byl nějaký program, na který jste chtěl/a chodit, ale nakonec na něj nechodíte? Proč?
- Jak hodnotíte programy pro seniory? V čem jsou dle Vás užitečné? Kdo z nich má podle Vás největší užitek? Vyhovují Vám osobně?

- Jakou činnost by bylo v CDS zajímavé rozvinout, aby přitáhla nové zájemce?
- Co byste poradil/a seniorům, kteří si rozmyšlí účast na některém z nabízených kurzů? Doporučil/a byste kurz, který navštěvujete i ostatním seniorům? Proč?
- Je nějaká činnost, dovednost, která je Vám blízká a o kterou byste se chtěl/a podělit s ostatními? (např. přednášky, dobrovolnictví, vedení kurzu)

Otázky na charakteristiku seniorů (demografické údaje):

- Pohlaví:
- Věk:
- Vzdělání: *základní, vyučen/a, střední bez maturity / střední s maturitou, vysokoškolské*
- Profese: *Jaké bylo Vaše povolání?*
- Rodinný stav:
- Místo bydliště:
- Zdravotní stav: *Trápí Vás nějaké zdravotní problémy? Pokud ano, ovlivňovaly některé z nich Vaše rozhodování navštěvovat tento kurz?*
- Finanční situace: *Jak byste zhodnotil/a svou finanční a majetkovou situaci ve srovnání s lidmi svého věku? Řekl/a byste, že je ve srovnání s lidmi vašeho věku spíše podprůměrná, průměrná nebo spíše nadprůměrná? Ovlivňovala Vás v rozhodování cena kurzu?*
- Životní styl: *Jak trávíte volný čas? Máte nějaké další aktivity?*