UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Institut mezioborových studií Brno

Zvláštnosti sociální práce se seniory a jejich rodinami

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Ivan Nedoma

Vypracovala:
Lenka Pevná

Brno 2009

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně s použitím informačních zdrojů uvedených v příloze seznamu.

V Brně dne 25. 3. 2009 ……

Děkuji vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Ivanu Nedomovi za odborné vedení, cenné rady a připomínky. Další poděkování musím vyslovit celé mé rodině, která pro mě byla po celou dobu mého studia velkou oporou.

OBSAH:

Úvod …….. 5
I. TEORETICKÁ ČÁST
1. Pojem stáří …….. 7
1.1. Chronologický věk ……... 7
1.1.1. Sociální věk ……... 8
1.1.2. Biologické stárnutí …… 10
1.1.3. Tělesná involuce …… 11
1.1.4. Psychosociální stárnutí …… 14
1.2. Psychické změny …… 15
1.2.1. Adaptační schopnost …… 16

2. Sociální práce se seniory ……. 21
2.1. Kritické body v sociální práci se seniory ……. 22
2.2. Sociální práce se seniory v rezidenčních zařízeních … 23
2.3. Činnost sociálního pracovníka v DD …… 24
2.4. Přijímání klientů do DD ……. 29
2.5. Adaptační proces, individuální plán péče a role klíčového pracovníka …… 30
2.6. Práce s rodinou klienta …… 32
3. Úloha rodiny v péči o seniory 32
4. Metody sociální práce se seniory ……. 35
4. 1. Validace …… 35
4.2. Preterapie …… 37
4.3. Videotrénink interakcí…… 39
4.4. Aktivizace, animace …… 39
4.5. Kvalita sociální práce …… 41
5. Používané způsoby komunikace …… 43
6. Zdravotnické a sociální služby pro seniory 46
7. Sociální zařízení, ve kterém pracuji ……... 49
7.1. Cílová skupina …… 51
7.2. Cíle zařízení ……. 51
7.3. Vize zařízení …….. 52

II. APLIKAČNÍ ČÁST …… 53
1. Cíl, předpoklady a metoda šetření 53
1.1. Cíl šetření ……. 53
1.2. Předpoklady šetření …… 53
1.3. Metoda šetření …… 54
2. Přiložený dotazník …… 55
3. Interpretace dat ……. 58
4. Výsledky šetření …… 70
ZÁVĚR …… 72
RESUMÉ …… 73
ANOTACE …… 75
LITERATURA A PRAMENY …….. 77

PŘÍLOHY
1.1. Seznam příloh …… 79

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem zvolila Zvláštnosti sociální práce se seniory a jejich rodinami. Existuje mnoho oblastí, ve kterých se sociální práce uplatňuje, jako např. sociální práce s osamocenými rodiči, se zdravotně znevýhodněnými, s mentálně postiženými, s duševně nemocnými, s rodinami v rozvodu atd. Já jsem zvolila zvláštnosti sociální práce se seniory, protože toto téma velice úzce souvisí s povoláním, které vykonávám. Pracuji v Domově pro seniory Koutkova, jako všeobecná sestra. Moje povolání je zaměřeno na zdravotní péči, která ale velmi úzce souvisí se sociální prací. Sociální pracovníci spolupracují se zdravotnickým personálem. Já, co by nestranný pozorovatel, budu v této práci popisovat práci těchto sociálních pracovníků. Předmětem mého pozorování budou zvláštnosti sociálně práce se seniory v rezidenčním zařízení ve kterém pracuji.

Cílem této práce je popsat faktory, které ovlivňují uspokojování sociálních potřeb. Zaměřila jsem se zejména na faktory při adaptačním procesu, při komunikaci mezi klienty a sociálními pracovníky, na efektivní využití volnočasových aktivit seniorů a jejich rodinné vztahy.

Téma věnované starým lidem je v současnosti čím dál více prezentováno a publikováno. Na základě demografické studie nárůst seniorů, ve srovnání se skupinou výdělečně činných obyvatel, neúměrně stoupá. Vzhledem k této situaci, se starý člověk dostává opět do pozornosti sociologů, filozofů, lékařů a teologů.

Každý se snaží velmi detailně popsat starého člověka a vůbec stárnutí jako součást kvalitativní proměny v našem životě. Podle výzkumu v oblasti sociologie, populace v Evropě a ve světě všeobecně zažívá rozpaky v přístupu ke starým lidem. Na jedné straně jsou přijímáni jako nositelé moudrosti, zkušeností, na druhé straně jsou odsouváni na okraj společnosti jako nepotřební, zbyteční.

V první kapitole popisuji stáří jako takové, jaké je to být starým člověkem se všemi fyziologickými a psychickými změnami, ke kterým v tomto období dochází.

Druhá kapitola podrobně popisuje specifika sociální práce se seniory, kompetence a povinnosti sociálního pracovníka, problémy, se kterými se v této v oblasti setkáváme a také nutnost spolupráce s rodinou, jako neoddělitelnou součástí adaptačního procesu.

Úloha rodiny v péči o seniory, je třetí kapitola ve které budu popisovat roli dnešní „moderní“ rodiny ve vztahu k seniorské populaci.

Metody sociální práce a jejich používání v praxi – to je čtvrtá kapitola, která nám říká, jak se ke starým a nemocným lidem přiblížit, porozumět a být jim oporou při hledání nového způsobu života.

Pátá kapitola popisuje zdravotnické a sociální služby pro seniory. Jakékoli společenské služby a projekty pro seniory, mají- li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské populace. Při umisťování seniora do zařízení musíme vycházet z osobnosti, autonomie a potřeb konkrétního starého člověka.

Specifika verbální a nonverbální komunikace se seniory a jejich způsoby používání je tématem šesté kapitoly.

Poslední kapitola je věnována sociálnímu zařízení ve kterém pracuji.

Aplikační část bude věnována šetření, které bude obsahovat dotazník na téma sociální práce se seniory v rezidenčním zařízení. Respondenti budou klienti sociálního zařízení, ve kterém pracuji. Budu se dotazovat na to, co klientům našeho zařízení pomohlo při adaptaci na nové prostředí, zda-li klientům vyhovuje vzájemná komunikace s personálem, ale také s rodinou. Míra spokojenosti našich klientů s činnostmi a aktivitami, které zařízení pořádá. Oslovila jsem 50 respondentů. Výběr klientů byl nahodilý. Jediným požadavkem bylo, aby respondenti byli klienty zařízení nejméně dva roky a měli zachované komunikační schopnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Pojem stáří

Existuje celá řada způsobů, jak definovat stárnutí. Je například možno zaměřit se na charakteristiky vypozorované u starého člověka. Ty můžeme dále dělit na znaky, které lze přičíst událostem relativně vzdáleným (například ztráta pohyblivosti způsobená obrnou v dětství) – to jsou takzvané **vzdálené (distální**) efekty stárnutí a znaky, jež jsou důsledkem mnohem aktuálnějších dějů (například ztráta pohyblivosti způsobená zlomenou nohou). To jsou takzvané časově **blízké (proximální efekty stárnutí**) . Univerzální znaky stárnutí jsou takové znaky, které sdílejí všichni starší lidé (např. vrásčitá kůže), zatímco probabilistické znaky stárnutí jsou pravděpodobné, ale nikoliv univerzální (kupříkladu artróza). Někteří badatelé přidávají třetí pojem **terciární stárnutí**, aby jím vyjádřili prudký a nápadný tělesný úpadek bezprostředně předcházející smrti. Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny*. (Ian Start- Hamilton, Psychologie stárnutí, 1999:18)*

1.1. Chronologický věk

V průběhu řady let lze sledovat proměnu lidských fyzických a psychologických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky charakterizující stáří, přičemž je velice nesnadné určit dobu, kdy se člověk definitivně „stane“ starým. Nejběžnějším měřítkem stárnutí je **chronologický (kalendářní) věk** (jednoduše řečeno údaj, jak je člověk starý). Chronologický věk koreluje s jinými mírami, ale míra této korelace je někdy velice malá. Věk například koreluje relativně slabě s tělesnými změnami. Známe sedmdesátníky, kteří odpovídají stereotypu sterého člověka (šedé vlasy, vrásčitá kůže atd.). Existují však i „**zachovalí “** jedinci, kteří tyto znaky postrádají (agerázie), či mladší lidé, kteří je

vykazují velice časně a o nichž se říká, že jsou **„předčasně zestárlí“**. Toto předčasné stárnutí nelze zaměňovat s drogerií, onemocněním, při kterém postižení zdánlivě stárnou abnormálně rychlým tempem a obvykle umírají v starším školním věku. (Ian Start- Hamilton, Psychologie stárnutí. 1999:19)

1.1.1. Sociální věk

Další běžně používanou mírou je **sociální věk**. Vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku. Očekává se, že lidé kteří překročili šedesátku, se budou chovat v zásadě klidně a usedle, a proto také není překvapivé, že za znak počátku stáří se považuje ukončení pracovního poměru a odchod do důchodu. Většina společností je přesvědčena, že stáří znamená změnu sociálního statusu. (Ian Start- Hamilton, Psychologie stárnutí,1999:19)

Stáří dle WHO
45 – 59 let – střední věk, interevium
60 – 74 let – rané stáří, senescence
75 – 89 let – vlastní stáří, pokročilý stařecký věk, senium
90 let a více dlouhověkost, patriarchium

Stručný přehled disciplín, které se zabývají procesem stárnutí a stářím, jako takovým z různých aspektů.

Gerontologie – je nauka o lidském stáří, stárnutí organismů a chorobách stáří. Není to samostatná vědecká disciplína, ale multidisciplinární souhrn poznatků o stárnutí a stáří.

Experimentální gerontologie – zkoumá proč a jak živé organismy stárnou.

Sociální gerontologie – studuje vzájemné vztahy seniorů a společnosti, jak stárnutí populace ovlivňuje společnost.

Klinická gerontologie – zabývá se zvláštnostmi zdravotního stavu a nemocí ve stáří, klinickými obrazy, průběhem, vyšetřováním, léčbou a sociálními souvislostmi.

Geriatrie – se zabývá diagnostikou a léčbou chorob ve stáří. Řeší komplexní, multidisciplinární problematiku prolínající i ostatní lékařské a příbuzné obory (rehabilitaci, neurologie, psychiatrie, ošetřovatelskou péči, sociální služby). Cílem oboru není dlouhodobá ošetřovatelská léčba, ale zachování a obnova samostatnosti a soběstačnosti seniorů.

„Je třeba zdůraznit, že geriatrie by se dala přirovnat k pediatrii. Ne snad emotivním náhledem, ale rozhodně specifikou diagnostiky, terapie. Od pediatrie je odlišná pouze tím, že bohužel i lékaři se dívají na staré pacienty jako na někoho, kdo slibuje přinejmenším více práce, ať terapeutické, diagnostické, nebo sociální a v mnohém tzv**.“neperspektivní“**. Bohužel zatím přetrvává názor mnoha představitelů jiných lékařských oborů, že geriatrii není třeba vystavovat na obdiv, věnovat se jí, natož vyučovat ji na vysokých školách v takové šíři, jakou by si jistě zasloužila. Medici potom při slově geriatrický pacient, cítí jakousi bezradnost, někteří úplný nezájem, protože práce s takovým pacientem je pro ně nezajímavá. Domnívám se, že opak je pravdou. Pro internistu, ale i pro praktického lékaře se znalostí věci, je ale takový pacient předmětem zkoušky všech jeho znalostí“. (Iva Holmerová, Božena Jurášková, Květa Zikmundová, Vybrané kapitoly z gerontologie, 2002:50)

Gerontopedagogika – je nová disciplína, která se terminologicky i obsahově vyvíjí. Je součástí andragogiky jako vědy o výchově a

vzdělávání dospělých. Jeví se jako nutnost v současné postmoderní době, v době celoživotního vzdělávání a celoživotního učení.

1. 1. 2. Biologické stárnutí

Výraz **„biologický věk“** poukazuje na objektivní stav fyzického vývoje či degenerace. Obecně je tento pojem užíván poměrně volně k vyjádření celkového stavu lidského organismu. Někdy se však užívá některých specifičtějších určení biologického věku. Patří mezi ně **anatomický věk** – obecný pojem, který vyjadřuje stav kosterní soustavy, tělesné stavby apod. **Karpální věk**, který nám vypovídá o stavu zápěstních, čili karpálních kůstek a **fyziologický věk**, který nám vypovídá o fyziologických procesech organismu, jako je například rychlost metabolismu. (Ian Start- Hamilton, Psychologie stárnutí, 1999:22)

Je třeba si uvědomit, že úpadek funkcí nezačíná ve stáří, ale již v rané dospělosti, neboť většina tělesných soustav vykazuje po třicátém roce věku každoročně úbytek funkce přibližně 0,8 až 1 % (Hayflick, 1977). Průběh této degenerace je velmi pozvolný, a protože je většina tělesných soustav programově predimenzována, nezaznamená běžný pozorovatel až do šesté dekády života žádnou změnu. Dále stojí za úvahu, zda řada změn pozorovaných u starého člověka není způsobena spíše nemocemi než stárnutím samým. Je téměř nepředstavitelné, že by se člověk v průběhu svého života nesetkal s nějakou chorobou, a proto je obtížné vyloučit možnost, že změny související se stárnutím jsou alespoň zčásti způsobené kumulovanými důsledky infekcí prodělaných v dosavadním životě. (Ian Start- Hamilton, Psychologie stárnutí, 1999: 23)

Celkový obraz změn provázejících stárnutí těla není nijak povzbudivý. Stárnutí je proces individuální, který probíhá u jednotlivých lidí rozdílně. Přesto existují obecné rysy, které stáří charakterizují. Tyto změny se týkají různých systémů zhruba následujícím způsobem.

1.1.3. Tělesná involuce

Vzhled - kůže se stává vrásčitou, ztrácí elasticitu, je suchá, objevují se pigmentové skvrny.

Vlasy – šedivění, řídnutí vlasů až tvorba pleši.

Srdce a cévní systém – ve stáří dochází ke snížení elasticity cév a ke snížení průtoku krve prakticky všemi systémy.

Pohybový systém – dochází k úbytku svalové hmoty a ke snížení kostní denzity

(které ve vyšším věku často překročí hranici normy a vznikne osteoporóza). V důsledku toho jsou kosti pojivější, ochranná funkce svalového aparátu menší a dochází k častějším zlomeninám. Za typické osteoporotické zlomeniny považujeme kompresivní zlomeniny obratlů, zlomeniny distálního předloktí a zlomeniny proximálního femuru. Postava staršího člověka se mění v důsledku převahy flexorů nad extenzory. (Iva Holmerová , Božena Jurášková, Květa Zikmundová, Vybrané kapitoly z gerontologie 2002:16)

Výška – v důsledku změn pohybového aparátu, úbytkem svalové hmoty a snížením svalového napětí se snižuje.

Hmotnost – v důsledku snížení svalové hmoty a úbytku podkožního tuku fyziologicky ubývá.

Nervový systém – dochází k úbytku mozkových buněk, ztrátě pružnosti mozkových cév což vede k postupnému poklesu kapacity paměti především krátkodobé a k prodloužení doby reakce. Ve stáří pravidelně přicházejí senzorické poruchy

(zhoršení zraku, sluchu i chuti), omezena je tzv. propriocepce, ta část vnímání, která umožňuje identifikovat průběh a stav hybnosti. To vše způsobuje i u zdravých seniorů některá omezení, která je třeba pokud možno kompenzovat – brýle, sluchadla, lupa, opora při chůzi atd. Myšlení starších lidí může být pomalejší a může být přítomna tzv. **benigní stařecká zapomnětlivost**. To vše mohou být důsledky přirozené involuce centrálního nervového systému. Součástí normálního stáří však není

demence, ta je vždy důsledkem onemocnění, které poškozuje mozkovou tkáň. Nejčastější příčinou demence je **Alzheimerova choroba**, zejména ve vysokém věku stoupá prevalence demencí vaskulárních. Dalším významným onemocněním je **deprese,** která je ve stáří častá (až 20 % seniorů) a probíhá často nepoznána, maskovaná různými somatickými příznaky. Deprese ve vyšším věku vede často k suicidiu. Proto je nutné v diferenciální diagnostice na toto onemocnění myslet. Deprese na rozdíl od demence je většinou dobře léčitelná. (Iva Holmerová , Božena Jurášková, Květa Zikmundová, Vybrané kapitoly z gerontologie 2002:16-17)

Smyslové poruchy – patří i dle souhlasu odborných lékařských společností také spíše k obrazu normálního stáří. Známe tak pojmy „ presbyacusis“ (doslova přeloženo stařecký sluch, rozumíme tím ovšem spíše nedoslýchavost vyššího věku), a presbyopie (stařecký zrak, rozumíme tím poruchu vidění nablízko v důsledku horší akomodace, která je způsobena sníženou elasticitou oční čočky). Sníženo je také čichové a chuťové vnímání stejně tak jako vnímání polohy jednotlivých částí těla a pohybu těla. S těmito změnami je třeba počítat a dle možností je kompenzovat.

Výživa – důležitým faktorem ve stáří je stav výživy. Zatímco lidé středního věku trpí často obezitou, staří (zejména velmi staří) lidé jsou ohroženi spíše podvýživou, a to z příčin sociálních (osamocenost, chudoba, nepřeměřené šetření atd.) i v důsledku změněného zdravotního stavu – chronických vysilujících onemocnění, patologie či významné involuce zažívacího traktu.

Vylučování – ve stáří je snížená funkce ledvin, a to jak jejich filtrační tak koncentrační schopnost. To je jedním z důvodů, proč jsou staří lidé citlivější na změny vnitřního prostředí a proč mohou být také výraznější vedlejší účinky některých léků. (Iva Holmerová , Božena Jurášková, Květa Zikmundová, Vybrané kapitoly z gerontologie 2002 :17)

Poruchy rovnováhy – jsou způsobeny v degenerativních procesech vnitřního ucha a poruchami prokrvení mozku.

Není překvapením, že popisované změny mají ničivý účinek na fungování orgánových soustav. Například **vylučovací soustava** zpomaluje svou činnost a ztrácí výkonnost při exkreci toxinů a dalších odpadních produktů. **Trávící soustava** je méně zdatná při vstřebávání živin. **Dýchací soustava** dokáže zajistit jen menší přívod kyslíku než dříve. **Oběhovou soustavu** postihly dvě rány – srdce ztrácí svoji sílu a přitom v důsledku zužování a snížení pružnosti periferních cév je k rozvádění krve po celém těle třeba daleko více energie.

Řada těchto změn může být zmírněna vhodnou stravou a cvičením. Popsané změny mají nepříznivý vliv na fungování mozku, tudíž i na činnost psychiky. Charakteristickým znakem chorob ve stáří je multimorbidita, tedy výskyt celé řady chorob současně. Zvyšuje se výskyt chronických onemocnění. Změny klinických obrazů – např. akutní onemocnění mají obvykle bouřlivý průběh. Průběh nemoci bývá odlišný od známého typického obrazu, často nereagují dostatečně na příslušnou léčbu. Zvyšuje se počet komplikací, vznik jedné choroby dává impuls k jakési řetězové reakci a vzniku dalších chorob, komplikující dosavadní průběh nemoci první.

Stručný přehled nemocí

- interní choroby - ischemická choroba srdeční, angína pectoris, infarkt myokardu, chlopenní vady, arytmie, ateroskleróza, žilní onemocnění
- nemoci dýchacího ústrojí – astma bronchiale, rozedma plic, nádory plic, plicní embolie, TBC
- nemoci zažívacího traktu – karcinomy jícnu, žaludku, tlustého střeva, vředové onemocnění, obstipace, onemocnění jater
- nemoci z poruch výživy – podvýživa, obezita
- nemoci z poruch metabolismu – diabetes mellitus, diabetické koma, dna, hyperlipoproteinémie
- nemoci pohybového aparátu – osteoporóza, artróza, revmatická onemocnění

- úrazové poranění – zlomenina krčku stehenní kosti, popáleniny
- neurologické choroby – arterioskleróza, CMP, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, epilepsie, expansivní onemocnění mozku
- duševní choroby – deprese, poruchy intelektu, paranoidní stavy, apatie, poruchy afektivity (Vladimír Pacovský, Vnitřní lékařství, 1993)

1.1.4. Psychosociální stárnutí

Názory psychologů na problematiku psychosociálního stárnutí jsou rozdílné, neexistují velké studie a ani nemáme údaje o stárnutí osob nad 80 let. Probíhající změny na začátku etapy stáří i v jeho průběhu přinášejí změny nejen v oblasti biologické, ale vždy souvisejí i s prožíváním a chováním seniora a jeho postavení ve společnosti. Proto je nesmírně důležité chápat stáří v jeho souvislostech pohledem **biopsychosociálním**. Medicína stále podceňuje somatizaci psychických problému a hledá potíže v tělesných orgánech, příliš nesleduje podrobnou psychosociální anamnézu.

Změny psychiky se mohou projevit zejména v poznávacích schopnostech
(vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení). Snížené vnímaní oslabenými smysly způsobuje i strach a úzkost, přináší nejistotu. Ta mnohdy vede k tomu, že se senior nechce vydat ven, setkávat se druhými lidmi, je ostražitý a nedůvěřivý. V pozdějším věku, zvláště po 80. roce, se u některých seniorů objevují poruchy paměti, rozhodovacích schopností, poruchy osobnosti a duševní poruchy.

Se stoupajícím věkem mohou přibývat chronická onemocnění, která vedou ke zhoršení soběstačnosti. Snížená soběstačnost a změna sociální role ovlivňují účast na společenském životě. Senior se ocitá v sociální izolaci, je pro něj obtížně přijmout fakt závislosti, ztrácí svou identitu, mnozí si nedovolí říci o pomoc. Starý člověk obtížně snáší drobné zátěže,

nerad mění svůj zaběhnutý styl života. Situace je tíživá, když odejde jeden z partnerů a pozůstalý partner ztratí chuť dál žít sám. Přichází samota a osamělost, je obtížné najednou přijmout novou roli vdovy - vdovce. To vše ovlivňuje psychické prožívání a působí na kvalitu života seniora. (Dana Klevetová, Motivační prvky při práci se seniory, 2008:22-23)

1.2. Psychické změny

Pro vznik psychických projevů stárnutí je velkou měrou podmíněno sociálními vlivy a sociálním prostředím, ve které člověk žije. Na druhé straně působí zase subjektivní psychické stavy a postoje podmíněné stárnutím na organické pochody stárnutí. Tedy i ve stáří je člověk „strůjcem svého osudu“. Strukturní a funkční změny nervové soustavy dané fyzickým věkem oslabují funkční výkonnost, koordinační a regulační vliv centrální nervové soustavy na činnost ostatních orgánů. Tyto změny se odrážejí v chování a vlastnostech osobnosti.

V důsledku těchto změn dochází k celkovému zbrzdění intelektu, ke snížení jeho výkonnosti a značně se oslabuje **adaptabilita organismu**, a to jak biochemická **intraadaptace** (přizpůsobování organismu vnitřním poměrům), tak - a to zejména - **extraadaptace** (přizpůsobování vnějšímu prostředí). Dále se projevuje celkový pokles životní vitality, zejména v somatické oblasti. Duševní oblast přitom může zůstat relativně málo dotčená, o čemž svědčí velká aktivita mnohých jedinců přetrvávající do vysokého věku.

Emocionální sféru charakterizuje oslabení citové sebekontroly, zvýšení citové lability, zužování citové diferenciace, snižování citové dráždivosti, určitá citová strohost, neschopnost navázat vřelé citové kontakty**. Citovou zranitelnost podmiňuje zejména neuspokojení potřeby citové a sociální odezvy v podobě projevů lásky, pochopení, uznání a úcty**. V citovém životě starších a starých lidí jsou však značné individuální rozdíly. Osobnost se stává egocentrickou a egoistickou, se sklonem zaměřovat se na vlastní problémy a prožitky, prostě starat se

převážně jen sám o sebe. U mnohých jednotlivců vznikají nebo se prohlubují psychické poruchy chování. (J. Štefonovič, J. Greisinger, Psychologie 1987 : 210- 215)

Příznaky psychických poruch se vyskytují ve stáří podobně jako u jiných věkových kategorií. Symptomy mohou být méně nápadné, schované za fyziologické změny ve stáří. Častěji se vyskytují organické změny, poruchy paměti. Častěji pozorujeme psychické poruchy právě u seniorů v zařízeních, protože klesá jejich schopnost žít bez podpory okolí. (Martina Venglářová, Problematické situace v péči o seniory, 2007 : 18)

1.2.1. Adaptace v preseniu a seniu

Pod vlivem výše popsaných psychických a somatických změn je organismus oslaben při adaptabilitě. Otázce, jak je možno se úspěšně vyrovnávat se změnami, k nímž vede stárnutí organismu a duševních funkcí, se věnují lékaři, psychologové, sociologové i pedagogové po celá desetiletí. Klíčový význam zde má schopnost adaptace. Na otázku, jak se lze nejlépe přizpůsobovat změnám, které stárnoucí člověk prožívá, odpovídají různé teorie a z nich se proto také odvozují různé zásady duševní životosprávy, stylu života i péče o jedince ve třetím věku. Při řešení otázky optimální adaptace se zřetelem k životnímu stylu ve stáří je ovšem třeba přihlížet ke všem individuálním předpokladům: zdravotním, profesním, rodinným, bytovým atd. Pro mnohé jedince je vhodný styl aktivního stáří, u jiných je nezbytné část aktivit omezit, nebo je zcela vyloučit. Pak je ovšem vhodné hledat za ně náhradu.

Z uvedeného je patrné, že cesta životem směrem ke stáří je také věcí životního stylu a začlenění do lidských vztahů a vazeb. Člověk není pouze biologický systém, ale také poznávající, prožívající, myslící a jednající bytost; má niternou potřebu seberealizace. Z toho vyplývá také apel adresovaný zejména těm mladším v různých společenstvích: **brát ohled na integritu osobnosti starého člověka a respektovat jeho volbu adaptovat se takovým způsobem, který mu vyhovuje**. Je třeba

respektovat osobní svobodu i toho nejstaršího člověka. Jakousi proklamaci vnitřní nezávislosti můžeme spatřovat ve výroku známého francouzského filozofa Henriho Bergsona: „Dovolte mi, abych si naplnil hlavu myšlenkami podle svého vkusu a já pak budu ochoten nosit klobouk podle vaší módy“. Člověk se přizpůsobuje zvláštnostem situace, problému, úkolu – to jsou mechanismy **akomodace**. A člověk přizpůsobuje věci sobě – mechanismy **asimilace.** Tak je tomu ostatně v celé živé přírodě. Ale teprve člověk se může na základě svého hodnocení rozhodovat, který z těchto způsobů adaptace je v dané chvíli pro něho přijatelný.

Vše v životě, tedy také adaptace, probíhá v čase. Starší lidé potřebují obvykle o něco více času k tomu, aby se mohli přizpůsobit a nepociťovali změnu jako nátlak. O starších lidech se někdy tvrdí, že jsou málo přizpůsobiví, protože jsou v zajetí svých návyků, zvyklostí. Je to důsledek stárnutí? Na tuto otázku nelze odpovědět jednou větou. Říká se, že děti a starší lidé jsou největší pedanti. V těchto věkových etapách je v popředí potřeba jistoty. Tato potřeba je tedy v pozadí toho, že jedinec trvá na ustáleném postupu. Pedanty ovšem najdeme v každém věkovém období. Z toho je zřejmé, že mnohé vlastnosti, které rádi připisujeme stáří, nejsou důsledkem věku, ale individuálních zvláštností osobnosti. Pokud jde o adaptaci, měli bychom vždy brát v úvahu, kdo se má přizpůsobovat, v čem se má přizpůsobit, kdy a jak. To jsou hned čtyři důležitá hlediska diferencovaného přístupu k otázce adaptace. (Z. Kalvach, Z. Zadák a kolektiv, Geriatrie a gerontologie, 2004: 106 -107)

Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná vlastně problém jeho reakce a adaptace na stáří. Průběh reakcí nelze dobře odhadnout ani složitým testováním. Rozhoduje komplex různých činitelů. Důležitý je průběh celé životní dráhy. Jedinci, kteří dovedou **„ držet krok“**. Mají zpravidla schopnost vytěžit ze zkušenosti svého předcházejícího života co nejvíce, když mají zvládat situace, s nimiž jsou ve stáří konfrontováni. Naopak lidé, kteří se již v mládí obtížně

přizpůsobovali (např. změnám pracovních postupů, společenských vztahů a rodinného života) trpí špatnou adaptací i na vlastní stáří.

Základním problémem úspěšné adaptace ve třetím věku je najít individuálně nejvhodnější vztah mezi zdůrazňováním vyhovujících forem aktivit na straně jedné a postupné uvolňování se z aktivit na straně druhé. Odborníci se v podstatě shodují, že pokud nemá starý člověk zabraňující zdravotní potíže, má zůstat aktivním a mít svůj perspektivní program („ skutečné stáří je ztráta programu"). Současně je však rozumné stahovat se včas z některých společenských rolí. „Odchod" z aktivního života se má však dít pouze na základě dobrovolného rozhodnutí a podle principu postoupnosti. Ani penzionování nemá být pouze výsledkem vnějšího sociálního tlaku („musíte do penze"), ale výsledkem přirozeného vývoje vlastní osobnosti a reálného sebehodnocení. (Vladimír Pacovský, Geriatrie, Geriatrická diagnostika,1994: 24)

To, že člověk odchází z jedné činnosti, neznamená ale, že jej už nic nečeká. To, že jeden životní program zaniká, rovněž neznamená, že by druhý nemohl kvést. Ještě přece zbývá čas, dost času, na život, na lásku, na práci. Na život pomalejší, lásky jinačejší, práci pozvolnější. (Helena Haškovcová, Fenomén stáří, 1990: 129)

Každý stárnoucí a starý člověk je členem společenství . Společnost má přijímat stáří jako přirozenou realitu a starou subpopulaci jako svou neoddělitelnou součást. **Cílem je nikoliv segregace, ale integrace** ! Při porušení tohoto paradigmatu může vzniknout mnoho klinicky významných problémů. (Vladimír Pacovský, Geriatrie Geriatrická diagnostika, 1994 : 24-25)

Klinické projevy špatné adaptace ve stáří se označují jako **geriatrické maladaptační syndromy**. Existují různé způsoby, jak lidé reagují na stárnutí a stáří.

Odborníci popisují následující strategické modely adjustace na stáří (volně podle Blomleyho):

Konstruktivnost – člověk se smířil s faktem stárnutí a stáří, je soběstačný , realizuje přiměřené cíle a plány. Konstruktivně přistupuje k problémům stáří, bere život tak, jak jde.

Závislost- tato adjustační strategie směřuje více k pasivitě a závislosti. Krédem takového člověka je „ nechť se ostatní postarají“. V psychických ani fyzických aktivitách nenachází radost a uspokojení.

Obranný postoj – zaujímají jej lidé, kteří byli profesionálně úspěšní, byli zvyklí mít významné role. I když ztrácejí soběstačnost, skrývají to a různým způsobem maskují. Často odmítají pomoc, jen aby dokázali, že vlastně nejsou staří.

Nepřátelství – sem patří „ rozhněvaní muži“. Již v předcházejícím životě měli sklon svalovat vinu za své neúspěchy na jiné. Jsou otroky svých zvyků, neústupní v postojích a hodnocení. Reagují na problémy stáří nevrlou mrzutostí.

Sebenenávist – od předcházející skupiny se liší tím, že nepřátelství obracejí proti sobě samým . Smiřují se sice s faktem stáří, ale neumí k němu zaujmout konstruktivní postoj. Rádi přehání svou tělesnou nebo duševní neschopnost. Zanedbávají společenské styky, cítí se osamělí a zbyteční.

Maladaptace na ústavní pobyt

Optimálním prostředím pro starého člověka je jeho vlastní domácnost. Mnohé studie prokazují , že větší riziko maladaptace znamená krátkodobá ústavní péče než dlouhodobá nebo trvalá institucionalizace.

Po příchodu starého člověka do zařízení geriatrického typu probíhá vždy adaptační reakce. Může být dobrá, zhoršená či nedostatečná (Nováková a spol.).

Dobrá adaptace se projevuje tím, že obyvatel spolupracuje s personálem z vlastní iniciativy, je přátelský k obyvatelům, projevuje zájem o okolí, je

klidný, vyrovnaný, zapojuje se do činnosti v ústavu, má záliby a věnuje se jim.

Zhoršená adaptace má tyto charakteristiky: člověk spolupracuje s personálem jen na výzvu, s obyvateli se nebaví, ale setrvává v jejich společnosti, neprojevuje aktivní zájem o okolí, občas je podrážděný, plačtivý a pesimistický, občas odmítá jídlo, pohybuje se jen na výzvu, o činnosti v ústavu se nezajímá, ale zjevně je neodmítá.

Nedostatečná adaptace se vyznačuje těmito symptomy: starý člověk nespolupracuje s personálem, je negativistický, vyhýbá se ostatním obyvatelům, nemá zájem o okolí, je trvale depresivní, apatický, často nebo trvale odmítá jídlo, nemá záliby a nechce se nic učit. Odmítá se zúčastňovat různých akcí. Maladaptovaní obyvatelé Domovů důchodců projevují různým způsobem nespokojenost, trpí komplexem osamělosti a opuštěnosti. Jsou přítomny četné somatizující projevy neuroticizmu a somatoformních poruch. Jsou přítomny depresivní reakce různého stupně, hostilita a agresivita k okolí.

Závažným fenoménem v souvislosti s maladaptací na ústavní pobyt je vysoká úmrtnost. Zvláště vysoké riziko je u opravdu starých osob, u nemocných s psychickou poruchou a s komplikacemi nejčastějších chorob ve stáří.

Relokační syndrom je soubor příznaku z maladaptace na přemístění starého člověka z domova do ústavní péče, na překlad mezi jednotlivými zdravotnickými a sociálními zařízeními nebo na translokaci z pokoje na pokoj stejného oddělení, někdy dokonce z lůžka na lůžko na témže pokoji. Překlad je pro starého člověka vždy zátěží a znamená riziko zhoršení zdravotního stavu. Lépe se snáší překlad, zůstává-li nezměněn ošetřovatelský tým nebo alespoň jeho část. (Vladimír Pacovský, Geriatrie, Geriatrická diagnostika,1994 :87-92)

2. Sociální práce se seniory

Existuje celá řada autorů, kteří se pokusili vymezit obsah, pojetí a cíle sociální práce. Formulace poslání a cílů sociální práce se liší jak v různých dobách, tak v závislosti na teoretickém, společenském a kulturním kontextu. Jedna ze starších definicí sociální práce např. tvrdí, že „sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci". Hanvey a Philpot (1996) tuto definici v inverzní podobě aktualizovali a tvrdí, že „sociální práce je často to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, politici atd. – nedělají".

Například podle Navrátila je cílem sociální práce podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.

Jiná definice například podle americké Národní asociace sociálních pracovníků formulovala cíl následovně (1973):

Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl. (Oldřich Matoušek, Základy sociální práce, 2007: 184)

- Sociální práce se seniory se soustřeďuje do takové oblasti péče, ve které je zdravotní stav spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Sociální práce musí směřovat především k nejvíce ohroženým starým lidem, tedy osaměle žijícím, velmi starým, propuštěným z nemocnice, dlouhodobě nemocným a léčeným doma, křehkým a zmateným, trpícím demencí či depresí, přijatým do institucí a žijících v nich, žijících v chudých čtvrtích nebo v studených a jinak nevyhovujících bytech, sociálně a geograficky izolovaným, vystaveným špatnému zacházení, ponižování a segregaci. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005 :163)

2.1. Kritické body v sociální práci se seniory

Sociální práce se staršími lidmi přináší určité problémy a kritické momenty, na které bych chtěla zvláště upozornit:

- Nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací. K jejich průniku by mělo docházet jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Z toho vyplývá, že sociální pracovních má pracovat v týmu se zdravotníky.
- Sociální změny představují pro seniora zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví. Náročné jsou zejména změny přinášející zpřetrhání sociálních vztahů - odchod do důchodu, změna bydliště, odchod do ústavní péče nebo smrt blízkého člověka. Sociální pracovník pomáhá klientovi adaptovat se na změnu, případně integrovat se do nové sociální sítě.
- Sociální práce se starými lidmi musí být prováděna kvalitně i v případě, že klient má závažný problém s komunikací v důsledku svého zdravotního postižení (demence, duševní onemocnění). Sociální pracovník musí proto být vybaven dovednostmi potřebnými k navázání kontaktu a k rozpoznání potřeb těchto lidí.
- Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí. Sociální pracovník bývá v mnoha případech jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, skrz něhož může vyjádřit svoji vůli.
- Sociální práce se starým člověkem znamená často také práci s jeho rodinou a pomoc pečujícím rodinným příslušníkům. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005 :164)

2.2. Sociální práce se seniory v rezidenčních zařízeních

Existují dva typy zařízení, která se charakterem své klientely velice podobají. Jsou to léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a domovy pro seniory (DpS), dříve domovy důchodců (DD). LDN je zdravotnické zařízení a péče je zde hrazena zdravotní pojišťovnou. Je zřízeno pro poskytování intenzivní doléčovací a rehabilitační péče, která by neměla přesáhnout tři měsíce, pak řeší sociální pracovník problematiku propuštění a následné péče. Z různých důvodů bývá pobyt pacientů v LDN prodlužován, často i za cenu neustálého překládání ze zařízení do zařízení. Tento stav trvá někdy i několik let, dlouhodobý pobyt se mění na trvalý a dlouhodobá péče na péči terminální. Sociální práce v LDN pak nabývá charakteristik práce v DpS (téma přijímání, adaptace, aktivace, práce s rodinou, komunikace, záležitosti související s úmrtím klienta).

Povaha péče v LDN a na ošetřovatelských odděleních v DpS je dnes považována za natolik identickou, že některé DpS jsou zaregistrovány jako nestátní zdravotnická zařízení a jednají se zdravotními pojišťovnami o úhradě některých zdravotnických výkonů.

K odchodu do rezidenčních zařízení se rozhodují staří lidé buď dobrovolně (z ekonomických či rodinných důvodů opouštějí své původní bydliště a volí menší byt v instituci, kde mají navíc k dispozici i služby), nebo jsou donuceni okolnostmi, zejména radikální změnou svého zdravotního stavu při současné nepřipravenosti přirozeného prostředí kompenzovat funkční ztráty a zajistit péči.

V ČR existují tři typy rezidenční péče, které se liší rozsahem poskytovaných služeb a způsobem úhrady:

1. Domovy - penziony pro důchodce, kteří jsou zcela zdrávi a soběstační.
2. Domy s pečovatelskou službou, které nabízejí byty uživatelům do pronájmu.

3. Domovy pro seniory, které představují klasickou formu institucionální péče o seniory, nabízejí trvalé ubytování a široké spektrum služeb.

V těchto zařízeních je sociální práce velice potřebná. Je součástí přímé, konkrétní pomoci seniorům, kteří zde žijí a sociální pracovníci by se měli uplatnit i při koncepčním uvažování o podobě a funkcích těchto zařízení a o směřování jejich vývoje do budoucnosti. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005:178 - 179)

2.3. Činnost sociálního pracovníka v DpS

Matoušek uvádí, že se v současné době sociální pracovnice či pracovníci v domovech pro seniory zabývají následujícím výčtem činností:

- administrativní práce – dokumentace a dávky, důchodová agenda, podávání žádostí omezení, či zbavení způsobilosti k právním úkonům, kontakt s úřady
- plánování příchodu do instituce, sociální šetření v místě bydliště, kontakt se zdravotnickým zařízením, přijímání seniora k pobytu
- informování veřejnosti a žadatelů o konkrétním DpS, rozhovory se zájemcem o bydlení v daném zařízení
- individuální adaptační plán a plán péče (zapojení, příp. koordinace týmu), sestavení a hodnocení plánu, podpora, provázení nových klientů
- programy aktivit, kulturní, společenské akce, vzdělávací programy
- spolupráce s rodinou klienta, řízené návštěvy, zapojení rodin do života instituce a péče o klienta
- mezigenerační programy a zapojení širší komunity (viz příloha č. 2)
- dobrovolnický program (podpora, vzdělávání, odměňování dobrovolníků)

- sociální služby pro obyvatele (korespondence, nákupy, návštěvy klientů v nemocnici)
- psychosociální pomoc seniorům, socioterapie, validace, taneční, reminiscenční terapie, trénování paměti a jiné speciální techniky (viz. příloha č. 3)
- manažerská činnost – vedoucí socioterapeutického týmu, zástupce ředitele (podíl na vytváření koncepce DpS, možnost ovlivnit vizi organizace, její základní hodnoty, podílet se na tvorbě strategického plánu)
- dohled na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce, práce se stížnostmi klientů
- zajišťování programu kvality: koordinace práce na interních standardech kvality, interní supervize pečovatelů skupinová i individuální, videotrénink interakcí, vzdělávací program – plánování a příprava seminářů, kurzů, výcvik pro personál domova, přednášková činnost, průzkumy spokojenosti klientů i personálu

Je důležité, aby si sociální pracovník v DpS dokázal vybudovat rovnocenné postavení v týmu a uplatňoval důsledně sociální hledisko při všech změnách, jimiž v současné době DpS procházejí. Vyvážení zdravotní a sociální péče v těchto zařízeních patří k jejich současným nejdůležitějším úkolům. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005 :180)

V našem zařízení se sociální pracovníci řídí podle pracovních náplní, které vyplývají z katalogu prací a činnosti těchto pracovníků jsou rozděleny podle jejich pracovního zařazení. Mezi sociální pracovníky řadíme:

- **sociální pracovnice**, která zabezpečuje základní sociální agendy včetně zajišťování standardní dokumentace, řeší sociálně právní problémy klientů, zajiš´tuje informace a odborné podklady pro sociální práci včetně jejich zpracování. (Katalog prací č. 2.8.2-7.1)

Je přímo podřízena vedoucí sociálního úseku domova pro seniory /dále DpS/ a ve své činnosti plní zejména tyto činnosti:

- provádí administrativní práce související s přijetím obyvatel, případně jejich odchodem, úmrtím
- zajišťuje pohřeb osamocených obyvatel – ve spolupráci s Městským úřadem
- vede pozůstalostní řízení, spolupracuje s notářem
- zajišťuje jednání s institucemi a úřady ve vztahu k obyvatelům
- vede evidenci povoleného pobytu obyvatel mimo DpS
- provádí výplatu zbytku důchodu – kapesné obyvatelům
- vybírá koncesionářské poplatky
- vede a zpravuje předměty přijaté do úschovy od obyvatel
- vede finanční bezhotovostní depozita s hmotnou zodpovědností
- zajišťuje potřeby obyvatelům denním stykem s nimi, napomáhá k jejich řešení
- rozděluje poštu obyvatelům
- spolupracuje s výborem obyvatel
- pomáhá obyvatelům a instruktorům sociální péče při tvorbě časopisu Seniorský koutek
- zachovává mlčenlivost dle zákona č. 108/2006 Sb.
- seznamuje se a dodržuje vnitřní předpisy domova
- dodržuje etický kodex zaměstnanců DpS
- vede si samostatně individuální plán vzdělávání a předkládáte jej ke konci čtvrtletí nadřízenému pracovníkovi k nahlédnutí
- pracuje na tvorbě a zavádění do praxe standardů kvality sociálních služeb
- dbáte o svůj další odborný růst
- plní další naléhavé úkoly dle pokynů ředitele, které odpovídají Vaší kvalifikaci a pracovnímu zařazení

(interní materiály organizace DpS Koutkova- Kubešova)

- instruktorky sociální péče

Rozvíjejí individuální manuální zručnosti klientů, zajišťují materiál a pomůcky pro pracovní výcvik klientů, provádí speciální pracovní postupy a používají nástroje, pomůcky a různé materiály. (Katalog prací 2.8.1.-7.1.)
Jsou podřízeny vedoucímu sociálního úseku a ve své činnosti plní zejména tyto úkoly:

1. Pro klienty připravují volnočasové programy zaměřené podle jejich sociálních, psychických a duchovních potřeb, a podle jejich fyzických možností tak, aby se zachovala jejich soběstačnost a udržel se co nejdéle jejich současný tělesný a duševní stav.
2. Při své práci se řídí Listinou lidských práv a svobod, Standardy kvality sociální péče, metodickými materiály, pravidly a vnitřními směrnicemi organizace.
3. Jako klíčový pracovník plánuje s klientem míru podpory a vytváříte jeho osobní plán, podílí se na jeho plnění a pravidelně jej vyhodnocuje.
4. Pomáhají nastupujícím klientům s adaptací na život v domově a s řešením jejich prvních problémů, posilujete jejich sociální a společenské kontakty.
5. Vedou potřebnou evidenci o všech klientech a společně s nimi sestavujete individuální sociální plán.
6. Zajišťují kulturní, společenské a sportovní akce, včetně plánování, koordinace a místa času, pořadatelského zajištění a propagace.
7. Rozvíjí individuální manuální zručnost klientů, provádí s nimi nácvik denních běžných činností.
8. Podle potřeby provádí specializované volnočasové programy- kluby / taneční, hudební, trénink paměti, vaření apod./.
9. Koordinuje výzdobu prostředí v domově včetně květinové atd.

- pracovník v sociálních službách (dříve „sanitář“)

Poskytuje zvlášť obtížnou a namáhavou komplexní péči o fyzicky a psychicky postižené klienty, poskytuje pomoc při vytváření základních sociálních a společenských kontaktů, posiluje životní aktivizace klientů a uspokojuje jejich psychosociální potřeby. (Katalog prací č.2.8.1.- 4.2)

Je podřízen vrchní sestře a ve své činnosti plní tyto úkoly:

- provádí pomocné a obslužné činnosti nutné při poskytování ošetřovatelské péče, preventivní, léčebné a diagnostické péče pod odborným dohledem všeobecné sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka způsobilého k poskytování ošetřovatelské péče bez odborného dohledu
- pečuje o hygienu prostředí
- provádí aktivizace klientů (cvičení, chůze, jemná motorika, polohování)
- dle potřeby doprovází klienty k vyšetření, umožňuje pobyt na čerstvém vzduchu a na kulturních akcích
- plní harmonogram práce na svěřeném pracovišti
- plní další úkoly dle pokynů nadřízeného pracovníka atd.

Každý zaměstnanec DpS Koutkova-Kubešova zajišťuje úkoly a plní povinnosti vyplývající pro něj z pracovního zařazení, pracovní náplně a dalších obecně závazných právních předpisů a interních organizačních řídících dokumentů.

Všichni zaměstnanci musí dbát na hospodárné využívání svěřeného majetku, zajistit ho proti znehodnocení a ztrátám, zachovávat mlčenlivost dle zákona č. 108/2006 Sb., seznamovat se a dodržovat vnitřní předpisy domova, respektovat, spoluvytvářet a podílet se na zavádění standardů kvality do praxe a dodržovat etický kodex zaměstnanců. Etický kodex je souborem pravidel zpřísňující a doplňující zákonné a právní předpisy. Význam etického kodexu spočívá především v tom, že jasně vymezuje na jakých hodnotách a mezilidských vztazích naše organizace staví a o jaké spolupracovníky se chce opírat i do budoucna. Usiluje o styl otevřený,

orientovaný na klienta a respektující hodnoty lidí, kteří jej pomáhají vytvářet. Chceme tak vytvořit stabilní domov pro seniory, poskytující kvalitní péči v příjemném a bezpečném prostřední a s důrazem na individuální osobnost člověka. (Interní materiály organizace DpS Koutkova-Kubešova)

2.4. Přijímání klientů do DpS

Matoušek zdůrazňuje, že kvalitní přijetí nového obyvatele do DpS je stejně náročný proces jako jeho propuštění z akutní nemocniční péče. Je to proces velice rizikový a přináší řadu problémů, včetně předčasných úmrtí seniorů krátce po přechodu z nemocnice či místa bydliště do DpS. Ať je již důvod nástupu do DpS jakýkoli, měly by být obě strany na tuto situaci dobře připraveny. Pro seniora je výhodné, když jde o změnu plánovanou, k níž dojde na základě dobrovolného rozhodnutí, když si sám zvolí zařízení, v němž by chtěl žít, když je připraven na tento způsob řešení své životní situace. Je pro něj také výhodné, když zná prostředí, do kterého se bude stěhovat, a má co nejvíce informací o tom, co ho bude čekat.

V praxi jsou klienti do státních DpS (krajských, městských) přijímáni na základě podaných žádostí o umístění do DpS (žádosti jsou evidovány v pořadnících) a následně jsou pro nástup vybírání ti, kteří naléhavě potřebují pomoc a péči.

Sociální pracovníci DpS vstupují do včasného kontaktu se žadateli, provádějí sociální šetření v místě bydliště, umožní budoucímu klientovi návštěvu v DpS, zajímají se o zvyky, oblíbené činnosti, způsob života seniora, vyplní s klientem testy soběstačnosti a mentálních schopností, nechají si napsat jeho životní příběh. Zná-li klient dobře prostředí, do něhož přichází, a zná-li personál dobře nově přicházejícího klienta, mohou společně lépe pracovat a naplánovat vše tak, aby byly uspokojeny všechny potřeby seniora (vypracují individuální plán péče). Pokud jsou klientovi poskytnuty všechny výše popsané skutečnosti, adaptabilita

klienta na nové prostředí bude probíhat s menší mírou problematičnosti. DpS, který usiluje o dobrou kvalitu služeb, má pro přijímání klientů vypracován standard. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005 :181

Dle vypracovaného standardu jsou do zařízení DpS Koutkova přijímáni nový klienti. Zájemce o službu je před uzavřením smlouvy seznámen se všemi podmínkami poskytování služby. Sociální pracovnice zjišťuje, co zájemce očekává a společně formulují, jakým způsobem bude poskytovaná služba dohodnuté cíle naplňovat.

Zařízení na základě vnitřních pravidel aktivně informuje zájemce o nabízené sociální službě a o všech povinnostech, které pro něho ze smlouvy o poskytování služby vyplývají včetně podmínek, způsobu poskytování služby a její ceny. Obecné informace zjistí uchazeč náhledem do webových stránek, z informačního materiálu, podá je sociální pracovnice nebo sestra ve službě.

Před podáním žádosti do DpS si uchazeč dohodne schůzku se sociální pracovnicí, která probíhá zpravidla v kanceláři, nebo v domácím prostředí, popř. v nemocnici. Jednání probíhá s konkrétním klientem, popř. s jeho zákonným zástupcem. Zájemce předá žádost a následuje prohlídka zařízení, při které jsou uchazeči podány reference o zařízení.

V rámci sociálního šetření se získávají informace o sociálních podmínkách klienta. Po sociálním šetření se zájemce rozhodne, jestli si žádost podá do domova nebo bude uvažovat o jiném zařízení. (Interní materiály organizace DpS Koutkova-Kubešova)

2.5. Adaptační proces, individuální plán péče

Proces adaptace na nové prostředí pokračuje po přijetí klienta a je mu třeba věnovat maximální pozornost. Je to úkol pro celý tým, který s klientem pracuje. Sociální pracovník může být vhodnou osobou, jež celý proces koordinuje. Je důležité, aby nový klient hned od počátku dostal

svého klíčového pracovníka, tedy osobu, která mu bude v celém zařízení nejblíže, na niž se s důvěrou může obrátit, jež mu bude věnovat, zejména z počátku, maximální pozornost.

Individuální plán péče vychází ze zhodnocení duševního a zdravotního stavu klienta, odhadu jeho soběstačnosti a posouzení potřeb. Plán stanoví nejzávažnější problémy klienta a postupné kroky, které mohou napomoci zlepšit jeho aktuální stav (např. rehabilitací, ošetřovatelskou péčí, vhodnější medikací, výživou, psychoterapií, změnou fyzického prostředí, úpravou kontaktu s rodinou, vytvořením příležitosti k aktivitě apod.) nebo alespoň zlepšit kvalitu jeho života (vhodnějším nastavením hladiny podnětů, paliativní péčí, intenzivnější komunikací a podporou vztahů). Hlavním aktérem při sestavování individuální péče je ovšem klient - především on zde má příležitost si uvědomit, co pro sebe může a chce udělat. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005:181)

Matoušek popsal, z čeho vychází individuální plánování a co klientovi může přinést. V našem zařízení sestavujeme individuální plán péče podle následujících skutečností.

Tvorba a vedení individuálního plánu péče v našem zařízení vychází z plánu navrhovaném klientem za podpory klíčového pracovníka a instruktora sociální péče. Individuální plán vychází z potřeb a možností poskytovatele, směřuje k rozvoji dovedností a tím spojené samostatnosti a soběstačnosti. V závislostech na možnostech klienta je zajišťována i odpovídající míra poskytované podpory. Individuální osobní plán pravidelně sleduje dosažení přání (cílů) dohodnutých uživatelem. Seznam klíčovým pracovníků je pravidelně aktualizován vrchní sestrou a vyvěšen na jednotlivých úsecích. (interní materiály DpS Koutkova- Kubešova)

Klíčový pracovník je obvykle sociální pracovník, v našem zařízení tuto roli plní také zdravotničtí pracovníci, kteří od klienta získávají dostatek informací o potřebách, o jeho prostředí z kterého do zařízení přichází, aby mohli spolu klientem a jeho rodinou sestavit individuální plán.

Klíčový pracovník je pro seniora i pro jeho rodinu zdrojem emoční podpory a ocenění, zdrojem informací a průvodcem službami, které zařízení poskytuje. Kvalitní práce klíčového pracovníka předpokládá dostatek osobnostních předpokladů. Taktéž je třeba pracovníka přiměřeně zatížit vhodným počtem souběžně vedených případů. (Oldřich Matoušek,, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005:173)

2.6. Práce s rodinou klienta

Spolupráce s rodinou začíná v den přijetí jejího člena do DpS, nejlépe ještě dříve. S rodinou sociální pracovník komunikuje o tom, které úkoly zůstávají a které může za ni převzít. Pocit, že někdo pečuje za ně velmi rychle vede rodinné příslušníky k poklesu, či dokonce ztrátě zájmu o svého příbuzného, k omezení kontaktu. Práce s rodinou nabízí řadu možností. Především je třeba přijmout předpoklad, že instituce nezbavuje rodinu odpovědnosti za péči o příbuzného. Příchodem do DpS nekončí rodinné vztahy ani povinnosti dětí vůči svým rodičům. Rodina pomáhá s úpravou prostředí, pracuje a tráví volný čas s blízkým člověkem, propojuje generace. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005: 182)

3. Úloha rodiny v péči o seniory

Z hlediska sociologického se vytrácí v rodinných vztazích pomalu, ale jistě, závislost na prarodičích, resp. kontakty s prarodiči se omezují na tu nejmenší míru. Rodina nebydlí pohromadě, její členové jsou pracovně nebo jinak časově vytíženi a prarodiče nepřijímají a nebudou přijímat úlohu vůči vnukům, kterou od pradávna v rodině zastávali. To znamená, že mezigenerační vztahy dostávají zcela jinou hodnotu. Se změnou

hodnot se v konečném důsledku vytrácí nebo rozmělňuje určitý pocit zodpovědnosti dětí ke starší generaci.

Ve vztahu rodiče a děti je zachován za normálních okolností solidární vztah: rodiče se starají o děti, přebírají za ně odpovědnost, pomohou jim v nouzi, resp. děti se na rodiče mohou v nouzi spolehnout apod., což považujeme za samozřejmost. Zkušenosti však ukazují, že dřívější hodnoty, jako solidarita nebo odpovědnost vůči rodinným příslušníkům, jako by mizely z myšlení mnoha lidí.

Zodpovědnost dětí vůči rodičům už v dnešní době určitou automatickou samozřejmost postrádá a je mnohdy považována za určitý „nadstandard“ vztahů, neboť se dnes mnohdy všeobecně předpokládá, že záležitosti seniorů spadají pouze do kompetence státu (společnosti, obce, kraje aj.), což je svým způsobem nepřesné a neúplné.

Péče v sociální sféře bývá chápána jako souhrn více množin: péče ošetřovatelská, pečovatelská, lékařská, terapeutická, ale i zákonodárná nebo ekonomická aj. - všechny formy je třeba posoudit v souvislostech a všechny mají se seniory něco společného. Vykonavateli péče jsou pak odborníci pečující o klienty,, laici (dobrovolníci, rodinní příslušníci) nebo stát, který obvykle deleguje oblast zákonodárné a ekonomické péče na nižší složky (obce, kraje apod.).

Péče a její formy se musejí doplňovat a kombinovat tak, aby klientů a jejich potřebám vyhovovaly a aby klient měl rovněž možnost volby a výběru.

Hovoříme-li o úloze rodiny v péči o seniory, musíme mít na paměti, že se jedná o jednu z mnoha forem celkové péče, mimo tuto péči existují a budou muset existovat ještě další formy. (Ivo Šelnari, Úloha rodiny v péči o seniory, Sociální práce 2004)

Rodina musí splňovat řadu předpokladů pro dobrou péči o nesoběstačného člena, nejpodstatnějšími z nich jsou tyto (Haškovcová, 1990):

- moci pečovat – mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové a finanční

- chtít pečovat – mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny

- umět pečovat – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci

Pro současného seniora měla a má význam rodina a bezpečné rodinné zázemí.

Úlohou společnosti je motivovat rodinu morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně. Dalším úkolem společnosti je vytvoření dostatečného spektra i kapacity sociálních služeb, které by pomáhaly rodině tuto funkci plnit. (Dana Klevetová, Irena Dlabalová, Motivační prvky při práci se seniory, 2008:82)

Dnešní tendence je v evropských zemích taková, že v prvé řadě nese za péči zodpovědnost rodina. Pokud tuto péči nemůže zajistit, pak přebírají (spolu) péči další složky. Rodinní příslušníci se však musejí podílet na pobytu svých příbuzných v určitých zařízeních i finančně. I tuto spoluzodpovědnost lze chápat jako formu role rodiny v péči o seniory. Péče o seniora ze strany rodiny na sklonku jeho života bude v budoucnosti nabývat na důležitosti a profesionální pomoc rodině bude s blížícím se jeho koncem nezbytná.

Sociální pracovníci se již nepovažují za prodlouženou ruku restriktivní moci úřadů nebo advokáty státní moci vůči klientům, jak tomu bylo před rokem 1989. Naopak. Změněné chápání sociální práce po roce 1989 se vyznačuje odklonem od překonaného pojetí a zastupuje v první řadě zájmy klientů. Na základě výše zmíněných úvah a faktů se v této souvislosti otevírá pro sociální práci kvalitativně jiná, rozšiřující pracovní orientace jako součást systému rodina- ošetřovatel- geriatrie- sociální práce- ekonomika.

Za nejdůležitější nepovažuji ani tak výběr nebo formu určité péče klientům nabízené a poskytované. Rozhodující otázka je, jakým způsobem se péče poskytuje a jakou kvalitu v souladu s životními podmínkami

seniorů má péče v konečném důsledku. Za nejdůležitější bod v péči o seniory vidím ve změněném pojetí péče ve smyslu důrazu na kvalitu. Úlohu rodiny v péči o seniory spatřuji v širším pohledu nejen v tom, že se rodina o seniora stará doma, ale rovněž se skutečností, že hájí zájmy svého příbuzného, pokud je odkázán na cizí pomoc, především v určitém zařízení. I to je svým způsobem forma „ péče“ rodiny. Příbuzní mají nejen právo, ale i povinnost se zajímat, jak se jejímu členu vede. V tomto bodu vidím v současnosti nezanedbatelnou úlohu rodiny ve společnosti v otázce péče. (Ivo Šelnari, Úloha rodiny v péči o seniory, Sociální práce 2004)

4. Metody sociální práce se seniory

4.1. Validace

Jde o přístup vycházející z humanistické psychologie, opírá se o toleranci, vcítění a empatické naslouchání. Validace se uplatní zvláště v práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí, především s demencí. O rozšíření validace v péči o seniory se zasloužila americká sociální pracovnice Naomi Failová (1993). Failová předpokládá, že i tito lidé se potřebují vyrovnat se svým životem, bilancovat, ospravedlnit a uzavřít svou minulost. Filozofie její metody vychází ze zásad již zmíněné humanistické psychologie : Každý člověk má svou cenu bez ohledu na svou odlišnost a duševní stav. Každé životní období má svůj specifický smysl a lidské chování má své příčiny. A proto je třeba, abychom byli tolerantní, snažili se vcítit se do chování druhých a naučili se empatii projevovat. Myslím, že takové chování by nemělo být vyžadováno pouze u lidí pracujících s geriatrickou populací, ale mělo by být samozřejmým ve všech mezilidských vztazích. Bohužel, jak každý ví, není to snadné. Vyžaduje to moudrost a nadhled, který nám pomáhá povznést se nad pocity našeho přecitlivělého ega, které reaguje podrážděně, ukřivděně a sebelítostně.

(Eva Rheinvaldová, Novodobá péče o seniory, 1999 : 42)

Odtud mohou plynout některé zvláštnosti jejich chování, kterým běžný pozorovatel nemusí rozumět. Úkolem sociálního pracovníka či pečovatele je vzít tyto zvláštní projevy vážně, hledat jejich příčiny a zdroje v minulosti člověka, ve vnitřních pocitech, jež tento člověk prožívá a nemůže vyjádřit.

Validovat znamená:

- dávat hodnotu každému projevu člověka;
- respektovat člověka v jeho původních společenských rolích;
- komunikovat s člověkem o jeho tématu, nevnucovat jiná;
- orientovat se spolu s klientem v „jeho světě“, přijmout jeho čas, zážitky, emoce, prostředí – není nutná orientace v realitě;
- potvrzovat, brát na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé, přijmout momentální emoci či myšlenku, kterou klient projeví, sledovat ji a rozvíjet, provázet člověka mlhou zapomnění (nekorigovat a nekritizovat).

Škála konkrétních validačních technik zahrnuje užívání jednoduchých neohrožujících otázek (Kdo? Co? Kde?), navození pocitu důvěry a blízkosti, užívání tichého, hlubšího hlasu, doteků, zrcadlení, parafrázování a opakování vlastními slovy, užívání polarity (Jak to bolelo? Kdy to bylo nejhorší?), reminiscence (starých fotografií), popisování pocitů s využitím smyslových vjemů (Měla jste ji hodně ráda? Jak to vypadalo?).

Validací pomáháme obnovovat pocity vlastní ceny, dodáváme sílu a podporujeme to, co je v člověku zdravé. Vědomí vlastního smysluplného „já“ snižuje stres, úzkost a depresi. Když se lidé cítí silní a hodnotní, nepotřebují unikat do minulosti. Vrací se jim dospělá kontrola, zlepšuje se řeč, obnoví se společenská interakce, kontakt se sebou samým a tím i pocit spokojenosti, klidu a bezpečí. Validací lze podstatným způsobem zlepšit kvalitu života. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005 :18

4.2. Preterapie

Také preterapie umožňuje navázat kontakt a budovat vztah s lidmi, kteří obtížně komunikují nebo nemohou komunikovat vůbec. Patří k metodám, které vycházejí z tradic humanistické psychologie. Jejím autorem je přímý žák C. Rogerse, profesor G. Prouty (Prouty 2005).

Je velice obtížné poskytovat pomoc lidem, u kterých se nám většinou nedaří vstoupit do jejich vnitřního světa a porozumět jejich potřebám. Jejich možnosti navázat kontakt s okolím, komunikovat a sdělovat tak své potřeby, přání a obavy jsou silně narušeny jak jejich zdravotním stavem, tak vnějšími podmínkami jejich života. Je prokázáno, že lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci **věnují daleko méně pozornosti lidem, kteří nekomunikují nebo komunikují jen s obtížemi** - nemluví s nimi, nereagují na jejich neverbální projevy, neptají se jich, nesnaží se naslouchat, hovoří o nich v jejich přítomnosti, chovají se tak, jako by tito lidé byli hluší. Preterapie nabízí techniky, jimiž pomáhající pracovník může podpořit nemocného člověka, aby vyjádřil to, co prožívá uvnitř. Pracovník zde má možnost vyjádřit, že vnitřnímu stavu člověka rozumí, i když běžné komunikační prostředky selhávají.

Východiskem preterapie je důsledné uplatňování přístupu orientovaného na klienta. Našli bychom zde prvky validačních postupů (zrcadlení, kladení otázek, blízkost, dotek). Preterapie vychází z předpokladu, že člověk, který si může uvědomovat svůj vnitřní svět, může lépe zvládat stres a může si uchovat autonomii a kontrolu.Jde o techniku tzv. **kontaktních reflexí**, jež lze uplatnit v každodenní práci např. s lidmi s demencí, s těžkou depresí, psychózou nebo jiným typem postižení.

Reflexe slov a zvuků, které člověk použije, reflexe prostředí a situací, v nichž se nachází, reflexe výrazu a pohybu tváře a očí, fyzická i verbální reflexe pozice a pohybu těla i reflexe toho, co se opakuje, představuje pět základních technik, které pomáhají terapeutovi nebo jinému pracovníkovi navázat psychologický kontakt a vyjádřit porozumění

tomu, co se s klientem děje uvnitř. Personálu pomáhají preterapeutické techniky pojmenovávat klientovi to, co s ním dělají, i to, jak on to cítí a jak reaguje. Je to metoda, která umožňuje jednoduché „bytí s člověkem“ , a je jí proto možné uplatnit i v paliativní péči. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005 :186)

Reflexe či zrcadlení jsou základní a nepostradatelnou metodou preterapie, jelikož „ použití reflexí napomáhá vzniku postoje zaměřeného na klienta“. Avšak nikdy by neměly být používány mechanicky a samy o sobě ještě nejsou preterapií.

Při aplikaci reflexí je třeba postupovat velmi citlivě. Nikdy by neměly klienta dovést k pocitům méněcennosti či trapnosti. Je třeba myslet na to, nepostižení lidé reagují velmi citlivě, když někdo napodobuje třeba jejich tiky. Zvláště lidé s mírným postižením se cítí divně, když někdo reflektuje jejich slova a pohyby. Komunikace musí vždy probíhat na té rovině kontaktu, na níž se klient právě nachází. Kontaktní reflexe jsou vhodné tehdy, je-li klientův kontakt (s realitou, se sebou či s druhými) narušený, případně zcela chybí. Jakmile dojde k navázání kontaktu, rovina komunikace se změní. Existuje plynulý přechod k reakcím orientovaným na klienta v rámci psychoterapie nebo k běžné konverzaci v rámci každodenního života.

Možnosti využití preterapie jsou neobyčejně pestré. Někteří odborníci ji využívají jako způsob zvládání krizových stavů klientů, jiní navíc začleňují jako podstatnou komponentu terapeutického procesu. Další využívají preterapii při navazování kontaktu v běžném životě. Tyto rozmanité způsoby aplikace zároveň ukazují na široké možnosti preterapie. Její potenciál bezesporu není vyčerpán.
(Garry Prouty, Dion van Werde, Marlis Partner, Preterapie, 2005 : 191-192)

4.3. Videotrénink interakcí

Je metodou dobře využitelnou při zlepšování péče a sociální práce se starými lidmi, kteří mají problémy v komunikaci. Běžná interakce pečovatele (zdravotní sestry, lékaře, sociálního pracovníka, rodinného příslušníka) s klientem je zde snímána kamerou. I velmi krátký videozáznam pak umožňuje detailní analýzu komunikace a hledání možností, posilování a rozvoj pozitivních komunikačních dovedností, hledání cest k řešení problematických situací, k navázání účinného kontaktu a k lepší spolupráci s klientem. (Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005:187)

4.4. Animace, aktivizace

Animace

Pojem animace rozebírají ve své knize Pichaud a Thareauová. „Animace je naprosto základní složkou života v jakémkoli zařízení. Animací rozumíme snahu o zintenzívnění, o důstojné prožívání každodenního života. Jejím základním rysem je spontánnost, chuť a radost. Jedná se o způsob, jakým lze úkony, slova, gesta a události všedního života **„ oživovat**“. Realizuje se v první řadě veškerými činnostmi, kterými se lidé sami zabývají. Opravdová animace, díky níž klient zařízení sociální péče dané události skutečně „prožívá“, předpokládá návaznost na jeho „ životní zájmy“. Dalšími pilíři animace, které bychom měli chápat jako doplněk pomáhající intenzivně prožít každodenní život, mohou být tzv. „doplňková animace“, „smluvená animace“ a kontakt s okolím.

„Doplňková animace“ zahrnuje veškeré aktivity zorganizované zaměstnanci zařízení. Lze ji rozdělit na skupinovou a individuální. Skupinová je organizována, nebo vzniká spontánně. Spontánní aktivity jsou založeny na vzájemných sympatiích, eventuélně na specifických

zájmech klientů. „Individuální aktivizační programy jsou pro klienty, kteří se nemohou z různých důvodů skupinových aktivit zúčastnit“.

Za **„ smluvenou animaci“** považujeme vystoupení různých umělců nebo skupin zvnějšku. Kontakt s okolím znamená výlety klientů, navazování spolupráce s různými asociacemi, využívání práce dobrovolníků.

Doplňkové pilíře animace všedního dne bych označila pojmem aktivizace.

Aktivizace

Jurečková vnímá aktivizaci :

- jako prevenci patologického chátrání- a to jak fyzického, tak i duševního, společenského či duchovního;
- jako cestu k uspokojování fyzických, duševních, společenských a duchovních potřeb;
- jako to, co dává smysl a hodnotu životu, co poskytuje radost a motivaci k životu;
- jako možnost bavit se, mít se z čeho a na co těšit.

Aktivizace je specifický způsob intervence do života člověka s cílem uspokojení jeho fyzických, duševních, společenských a duchovních potřeb a rozvoje či udržení jeho schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností. Cílem aktivizace je pomáhat klientům žít podle svých maximálních možností bez ohledu na stupeň funkčnosti. Jinak řečeno se snažíme **„ udržet klienty co nejdéle v určité činnosti s ohledem na jejich zdravotní a psychický stav“.**

Cestou k dosažení cílů je vytváření individuálních a skupinových aktivizačních programů:

a) sportovní, pohybové: cvičení, rehabilitace, sportovní odpoledne, taneční zábavy, hraní divadla.
b) hudební: poslech hudby, zpěv, hra na hudební nástroj, koncerty.
c) kulturní: koncerty, divadlo, módní přehlídky, promítání filmů, besídky.

d) společenské: oslavy, zábavné večery, společenské hry, kavárna, karneval.
e) vzdělávací: dokumentární filmy, poznávací výlety, odborné přednášky, rozbory literárních děl.
f) informační: čtení novin, sledování zpráv v televizi či rádiu, debaty, připomínka svátků.
g) participační: schůzky rady klientů a komise pro stížnosti, participace v hnutích či politických stranách, v náboženských skupinách.
h) cvičení paměti: reminiscence, memoáry, luštění křížovek, poznávací hry.
i) ruční práce: šití, pletení, pečení, vaření.
j) duchovní: bohoslužby, modlitby v průběhu dne, biblický kroužek, světonázorová hnutí.
k) výtvarné práce: kreslení, malování a další výtvarné techniky.
l) péče o flóru: pěstování květin a bylin v zahradě nebo za oknem, aranžování květin, zahrady se zeleninou.
m) péče o faunu: chování zvířat, petterapie.

(Petra Jurečková, Sociální práce 2/2003)

4.5. Kvalita sociální práce se seniory

Ukazatelem kvalitní péče je spokojenost klientů, jejich relativně dobré zdraví, měřitelné poklesem morbidity a mortality, nižší spotřebou léků a zdravotnických i sociálních služeb. Kvalitní péče o staré lidi vede k tomu, že větší počet starých lidí zůstává aktivních, žije ve svém domácím prostředí, nikoli však v izolaci, účastní se společenského života v komunitě.

Hodnocení kvality rezidenčních služeb může vycházet ze standardů kvality, které jsou jednak vypracovány na národní úrovni, včetně metodiky hodnocení. (Kvalita sociálních služeb…2001; Standardy kvality sociálních služeb 2002; Johnová, Čermáková 2002), jednak si je může podobným

způsobem vypracovat každé zařízení jako standardy interní. Je vhodné, aby se na vypracování interních standardů podíleli sami zaměstnanci. Mají možnost dohodnout se na úrovni kvality, kterou chtějí zajistit, na kritériích, podle nichž dosaženou úroveň rozpoznají, na způsobech, jakými bude dodržování standardu hodnoceno i na sankcích, které budou uplatněny při jejich nedodržení. Jejich participace na tvorbě standardů podpoří jejich ochotu také se jimi řídit a respektovat postupy umožňující kvalitu hodnotit. K nástrojům hodnocení kvality péče v DpS patří především:

- různé formy konzultací, auditu, pozvaná inspekce;
- supervize (externí i interní), hodnocení pracovníků;
- průzkumy spokojenosti klientů a rodinných příslušníků – dotazníková šetření, ohniskové skupiny čili focus groups, individuální rozhovory, besedy s obyvateli, výbor obyvatel, stravovací komise, setkávání s rodinami (Bártlová a Hnilicová 2000; Janečková a Hnilicová 1999); (viz.příloha č.8);
- vyhodnocování stížností klientů a příbuzných;
- průzkumy spokojenosti personálu (dotazníky, focus groups);
- pracovní porady;
- vyhodnocování zavedené dokumentace, individuálních adaptačních plánů, individuálních plánů péče, ošetřovatelské dokumentace;
- sebehodnotící dotazník;
- další sebehodnotící metody – výroční zprávy a analýzy;
- vstupní průběžné a závěrečné hodnocení sociálních projektů sociální intervence.

Sledování kvality by mělo být zaměřeno na strukturu, procesy i na výsledky sociální práce. Systém zajišťování kvality by měl obsahovat hodnocení kvality, ale i způsoby, jak kvalitu zlepšovat, jak předcházet nedostatkům a pochybením, případně jak zjištěné chyby napravit a jaké sankce uplatnit při opakování zjištěných nedostatků. Hodnocení kvality je vždy cennou zpětnou vazbou, která ukazuje všem zúčastněným možnosti změny a další směr rozvoje péče o seniory v jejich zařízení.

(: Oldřich Matoušek, Jana Koláčná, Pavla Kodymová, Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi, 2005:189)

5. Používané způsoby komunikace

Metody sociální práce aplikujeme do praxe pomocí verbální a nonverbální komunikace. Je to jeden z nejdůležitějších prostředků pro přenos informací, pocitů, zkušeností.

Při každém setkání s jiným člověkem dochází k vzájemným reakcím, k interakci mezi lidmi. Nástroj, kterým se interakce uskutečňuje, je komunikace.

(Martina Venglářová, Komunikace pro zdravotní sestry, 2006:19)

Verbální komunikací rozumíme dorozumívání pomocí slov, popř. jinými znakovými symboly. Význam komunikovaného dotváří nonverbální složka komunikace. (tamtéž)

Neverbální komunikace je nejjednodušeji definována jako řeč těla. Patří k ní všechny projevy, které vysíláme, aniž bychom mluvili, a i ty, kterými řeč doprovázíme. (Martina Venglářová, Komunikace pro zdravotní sestry, 2006:39)

Pro komunikaci se seniory je nutné vybírat vhodné komunikační metody. Nejvýznamnějším a nejfrekventovanějším komunikačním systémem v sociální komunikaci je verbální projev. Její základní funkcí je zprostředkovat informaci, něco oznámit.

U klientů, kteří trpí nedoslýchavostí nebo mají zbytky sluchu, je důležitá intonace hlasu. Silová modulace, která spočívá ve změně síly hlasu. Ztlumení hlasu, správná a zřetelná artikulace, mívá mnohdy větší psychický účinek než jeho zesílení. I volba vhodného tempa řeči je základ upoutání pozornosti a myšlenkového rozlišení na věci všeobecně známé, nové a podstatné.

Tam, kde došlo k poškození kognitivních funkcí v důsledku degenerativních nebo organických změn (CMP, ateroskleróza, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba) je nutno klást důraz na verbální i nonverbální komunikaci. Verbální komunikaci jsem již popsala

výše. Chtěla bych ještě doplnit oční kontakt nebo-li řeč očí. Přestože řeč očí je součástí mimiky, bývá vyčleňována jako samostatná forma nonverbální komunikace. Pohyby očí jsou totiž tím nejdůležitějším, co je možné v obličeji pozorovat. Jde o informační kanál s nesmírně jemnou rozlišovací schopností, s velkým informačním rozsahem a obrovskou účinností. Z pohledu se vyvozují závěry o úmyslech, poctivosti a charakteru. Je velmi důležitý, jak pro klienta, tak pro mě z hlediska profesního. Z výrazu klienta, lze usoudit zda mě pochopil či nikoliv. U těchto klientů je nutno požadavek několikrát zopakovat a přesvědčit se otázkou, zda požadavek pochopili.

Z nonverbální komunikace bych zdůraznila gesta a mimiku, která mají odpovídat myšlence a projevenému citu nebo požadavku tak, aby vše tvořilo celek, který si v ničem neodporuje. Pomocí nonverbálních projevů, ke kterým včetně gest a mimiky patří ještě pohledy a držení těla, zájem zejména v oblasti proxemiky-snaha o přiblížení k žádoucí osobě. Nonverbální projev může zůstat izolovaný (kontakt s očima), ale zpravidla probíhá v kombinaci se slovním sdělením a činností člověka. Neméně důležitým komunikačním prostředkem však je i vzdálenost vertikální respektive převýšení. Jestliže například jeden stojí a druhý sedí vytváří to sugestivní dojem nadřazenosti a podřazenosti. Chceme-li při jednání lépe osobu kontaktovat či s ní komunikovat, pak je vhodnější uvědomit si její zónu a snažit se ji respektovat. (David Lewis, Tajná řeč těla, 1989)

„Při komunikaci s klientem se snažíme o něm dozvědět co nejvíce. To pomůže vytvořit blízký vztah a důvěru. Zjistíme, jak se klient cítí, jak se vypořádává s životními problémy. Tím, že o nich s námi bude hovořit, se mu uleví. Musíme si uvědomit, že komunikace a chování jsou často určovány pocity. Snažme se zjistit jakými a pomozme je překonávat a řešit.

Povídání o příjemných zážitcích a připomínání si šťastných chvil přenese starého člověka do doby, kdy byl mladý a zdravý, a tyto vzpomínky ho naplní příjemnými pocity. Uvědomí si také, co všechno v životě dokázal, a bude se cítit hodnotným, sebevědomějším a

spokojenějším. Pomůžeme mu dosáhnout uspokojení se sebou a se svým životem. Tento pocit je podstatný pro přijetí stáří a poskytuje potřebný duševní klid“. (Eva Rheinvwaldová, Novodobá péče o seniory, 1999 : 69)

Výše jsem popsala specifika verbální a nonverbální komunikace, diferencované přístupy ke klientům s různým postiženým, a potřebu s těmito klienty navazovat kontakty pro vytvoření důvěrného vztahu. Při komunikaci se seniorem musíme dodržovat určité obecné zásady:

- respektovat identitu klienta a důsledně jej oslovovat jménem nebo odpovídajícím titulem
- důsledně se vyhýbáme infantilizaci
- při komunikaci s klientem se zdravotním postižením a při ošetřování cílevědomě chráníme klientovu důstojnost
- respektovat princip zpomalení a chráníme klienta před časovým stresem; počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršenou pohyblivostí
- složitější nebo zvláště důležité informace několikrát zopakujeme či raději napíšeme na list papíru
- aktivně ale taktně ověříme možné komunikační bariéry a tomu přizpůsobíme komunikaci
- k usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli klienta, mluvíme srozumitelně
- při komunikaci s klientem eliminujeme všechny rušivé faktory
- při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a k udržení (obnově) soběstačnosti starého člověka (http://www.pecujici.cz/)

6. Zdravotnické a sociální služby pro seniory

Jakékoli společenské služby a projekty pro seniory, mají-li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci a respekt k heterogenitě seniorské populace. Individualizace vychází z osobnosti,

autonomie a potřeb konkrétního starého člověka, jehož adaptabilita může být snadno překročena a důstojnost otřesena. Zdravotní a sociální péči o staré občany není možno od sebe oddělovat. Zdravotní problémy jsou často doprovázeny sociálními a naopak. Je nezbytné, aby péče zdravotní i sociální byla dostupná pro všechny potřebné staré občany s respektováním konkrétních potřeb, přání a názoru. Významnou roli v sociální péči sehrávají sociální pracovníci, kteří se stávají významnými členy geriatrických týmů. Základními cíly jsou společenská integrace seniorů s odmítnutí projevů věkové segregace, mezigenerační solidarita a kvalita života ve stáří. Sociální a zdravotnické služby by měly respektovat tyto zásady: zabezpečenost, důstojnost, nezávislost, seberealizace a participace.

Nový zákon o sociálních službách č. 108/ 2006 Sb., který nabyl účinnosti 1.1.2007, přinesl zásadní změny do oblasti sociálních služeb. Změny spočívají jak v novém pojetí samotných sociálních služeb, jejich forem, druhů a podmínek poskytování, tak i novém přístupu k finančnímu zajištění osob, které pomoc v nepříznivé sociální situaci potřebují. V následujících subkapitolách popíši některé druhy sociálních služeb.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba je tradiční sociální službou, která je jako terénní nebo ambulantní služba poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Pečovatelskou službou jsou zajišťovány jednotlivé úkony v předem dohodnutém časovém úseku, a to zejména v domácnostech osob nebo v zařízeních sociálních služeb. (§ 40 zákona o sociálních službách, § 6 prováděcí vyhlášky)

Domovy pro seniory – dříve domovy důchodců

Domovy pro seniory poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu vyššího věku, které potřebují

pravidelnou pomoc v oblasti soběstačnosti a osobní péče. Jejich nepříznivá sociální situace jim nedovoluje žít ve vlastním domácím prostředí. V domovech pro seniory je zajištěna komplexní péče. Pobyt v domově nahrazuje domácí prostředí. (§ 49 zákona o sociálních službách, § 15 prováděcí vyhlášky)

Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám se specifickými potřebami vyplívajícími jejich onemocnění. Jedná se o osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osoby se stařeckou, Alzheimerovou demencí, a s ostatními typy demencí, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc a péči jiné fyzické osoby. Tyto domovy mohou poskytovat specializovanou pomoc jednomu okruhu osob nebo mohou být zajišťovány služby osobám s několika obdobnými typy onemocnění. (§ 50 zákona o sociálních službách, § 16 prováděcí vyhlášky)

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb. (§ 52 zákona o sociálních službách, § 18 prováděcí vyhlášky)

Zdravotní péče o staré osoby:

Primární zdravotní péče

Základem je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. V současné době u nás pracuje více než 5000 praktických lékařů pro dospělé. Ti by měli péči také koordinovat a sledovat její kontinuitu ve sféře zdravotnické i sociální. Péči praktického lékaře vyhledává většina, až 80% starých lidí. Je proto právem označován jako geriatr první linie. Praktický lékař stanovuje diagnózu, doporučují léčbu a odbornou péči. Zná své nemocné dlouhou dobu, zná jejich zdravotní i sociální problémy. Ve své práci uplatňuje primární, sekundární i terciární prevenci a dispenzarizaci především rizikových starých osob.

Specializovaná ambulantní odborná péče

Ve spotřebě odborné ambulantní péče představují osoby nad 60 let věku velkou část klientely. Jde hlavně o obory vnitřní lékařství, urologie, oční, neurologie a dermatovenerologie.

Domácí péče

Domácí ošetřovatelská péče (DP, home-care, HC) je poskytována na doporučení praktického lékaře pro dospělé, odborného nebo ústavního lékaře (Hakl, 1998). Je hrazena z prostředků zdravotního pojištění do rozsahu 3x denně po jedné hodině. Nadstandardní služby jsou poskytovány za úhradu. DP je zajišťována různými agenturami, státními, městskými, charitativními či soukromými, a zajišťuje akutní péči o nemocní, péče po propuštění z nemocnice, i dlouhodobou péči o chronicky nemocné.

Ústavní péče

Dlouhodobá ústavní péče je charakterizována chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačnosti a závislosti na péči druhé osoby, multidisciplinárním přístupem, zapojením dalších

sektorů (komunita, služby), spoluprací zdravotníků se sociálními pracovníky i s laiky (rodina, dobrovolníci, charitativní zařízení). Cílem dlouhodobé péče je stabilizovat zdravotní stav nemocného, omezit následky onemocnění a pozitivně ovlivnit kvalitu života.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) jsou specializovaná lůžková zdravotnická zařízení. Slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem. Jde většinou o osoby nesoběstačné, ale významné jsou i faktory sociální. K výrazným zdravotním problémům přistupuje často psychická alterace. V těchto zařízeních je trvale nedostatek míst.

Novým typem ústavního zdravotnického zařízení s převážně symptomatickou a paliativní terapií je **hospic**. V ČR bylo v roce 2001 pět těchto zařízení se 158 lůžky. Hospic poskytuje převážně symptomatickou péči nemocných bez ohledu na věk v terminálním stádiu různých chorob. Převažuje výrazně problematika onkologická. Důraz je kladen na léčbu bolesti a úzkosti, na kvalitu terminálního života, na komunikaci s prolomením bariéry mlčení a izolace. Významné je zajištění důstojnosti, soukromí a kontaktu s rodinou přesahující stávající možnosti nemocničních oddělení. (Z. Kalvach, Z. Zadák, R. Jirák a kolektiv, Geriatrie a gerontologie, 2004 : 467 –472)

7. Zařízení, ve kterém pracuji

Domov pro seniory (DpS) Třebíč – Koutkova provozuje svoji činnost od prosince roku 1999. Jedná se o moderní zařízení splňující stavební normy Evropské unie, které plně vyhovují požadavkům bezbariérovosti (viz příloha č. 5). Obyvatelé žijí v samostatných pokojích vybavených moderním nábytkem, jejichž součástí je sociální zařízení se sprchovým koutem. V zařízení se pečuje o 102 klientů, kteří bydlí na 3.poschodích. Základna ošetřovatelského týmu-sesterna je na 1. a 2. poschodí, kam je svedena veškerá signalizace z pokojů. Počet pokojů je celkem 74. Z toho

jednolůžkových 59, dvoulůžkových 14, třílůžkový 1. Pro ubytování rodinných příslušníků obyvatel slouží inspekční pokoj se 4 lůžky a sociálním zařízením.

Pracovní doba je nepřetržitá 24 hodin denně, včetně víkendů a svátků. Komplexní péče o klienta je založena na přímé péči o klienta v prostředí DpS. Komplexní péče vychází z individuálních potřeb klienta.

Domov je umístěn klidné severozápadní lokalitě města Třebíč, s dobrým přístupem do okolní krajiny. Je obklopen zahradou, ze které mají klienti volný přístup do přírody. Součástí objektu je bazén, moderní rehabilitace, tělocvična, knihovna, bufet, kadeřnictví, pedikúra (viz příloha č.4 a 6). V zařízení se nachází kaple, kde mohou klienti uspokojovat i své spirituální potřeby.

Naše zařízení

Pracuji v Domově pro seniory Třebíč, Koutkova - Kubešova, jako všeobecná sestra. DpS – je příspěvková organizace, která poskytuje zdravotní, ošetřovatelské a sociální služby formou rezidenční potřebným osobám, zejména seniorům, s cílem prožití důstojného a plnohodnotného stáří, v prostředí, co možná nejvíce podobnému prostředí domácímu.

Organizace poskytuje tyto činnosti:

- ubytování
- stravování
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkovaní kontaktů se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti (viz příloha č. 7)
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

7.1. Cílová skupina

Podpora a péče v domově pro seniory je určena lidem, pobírajících starobní nebo invalidní důchod, kteří si již nejsou schopni sami nebo s pomocí rodiny či okolí zajistit naplnění všech potřeb.

Domov pro seniory neposkytuje služby osobám pravidelně a v nadměrném množství konzumující alkohol a osobám jinak drogově závislým.

7.2. Cíle zařízení

- domov zajišťuje všestrannou podporu při všech denních aktivitách ve smyslu udržení co nejdelší soběstačnosti klientů
- při nedostatečné soběstačnosti je nabízena vhodná podpora ze strany pracovníků přímé obslužné péče a zdravotního personálu, který pečuje ve smyslu zachování klientova dosavadního způsobu života.
- podporuje dále klienty k aktivitě ve smyslu fyzické, psychické i sociální, nabízí ergoterapeutické a rehabilitační programy, dostatek podnětů a služeb pro zlepšení fyzické a psychické kondice. Pro zájemce o duchovní péči nabízí pravidelné mše, převyprávění bible, návštěvy duchovních na pokojích.
- podporuje dlouhodobé udržení společenských i sociálních vztahů –
- s rodinou a předchozím bydlištěm, podporuje vyhledávání kontaktů (viz příloha č. 1). Využívání přirozené vztahové sítě je zabezpečeno velmi malým omezením návštěvních hodin, možností klienta opustit domov na pobyt s rodinou – dovolenky, atd.
- kromě ošetřovatelské péče nabízí další služby - stravování, úklid, praní, žehlení a opravení osobního prádla, zprostředkování služeb holiče a pedikúry a další.
- péče o klienty je poskytována individuálně dle zpracovaných

- individuálních plánů péče, díky nimž je možné udržení co největšího stupně sebepéče.
- využívá okolní vztahové sítě k doplnění vlastních poskytovaných služeb, zejména Nemocnice Třebíč, odborná zdravotnická ambulatória, další zařízení sociální péče, Městský úřad v Třebíči, Charitu Třebíč, Domovinku, Knihovnu v Třebíči a další. (Interní materiály organizace DpS Koutkova- Kubešova)

7.3. Vize zařízení

Vizí našeho zařízení je otevření oddělení se zvláštním režimem, určené pro klienty trpící některou z forem demence . Připravit personál po stránce odborné, nastavit další vzdělávání zaměstnanců pro dané cílové skupiny klientů. Zajistit vhodné pracovní prostředí pro zaměstnance, týmově spolupracovat na budování spokojeného pracovního prostředí, formování pocitu sounáležitosti zaměstnanců se zařízením. Flexibilita a odbornost managementu při řešení změn v organizaci, v případě probíhající transformace sociálních služeb.

II. APLIKAČNÍ ČÁST PRÁCE

1. Cíl, předpoklady a metoda šetření

1.1. Cíl šetření

Cílem mého šetření bylo zjistit, které faktory ovlivňují uspokojování sociální potřeby.

Na základě vlastních poznatků a také z poznatků nastudované relevantní literatury jsem došla k rozhodnutí svou pozornost zaměřit na adaptaci a sociální integraci seniorů v rezidenčním zařízení, komunikaci mezi klienty a sociálními pracovníky, možnosti využití volnočasových aktivit seniorů a jejich participaci na individuálních plánech a na vztahy našich klientů s rodinnými příslušníky.

Své šetření jsem zaměřila na klienty našeho zařízení v konkrétním Domově pro seniory Třebíč- Koutkova, kde pracuji jako všeobecná sestra.

1.2. Předpoklady šetření

P 1: Předpokládám, že klientům nebylo poskytnuto dostatek základních informací před nástupem do rezidenčního zařízení. Předpoklad 1 jsem prověřila následovně: respondentů jsem se dotazovala, zda jim byly poskytnuty podrobné informace o životě v rezidenčním zařízení a to pomocí otázek č. 1 – 9.

P 2: Předpokládám, že komunikace mezi sociálními pracovníky a klienty nefunguje v uspokojivé míře. Předpoklad 2 jsem prověřila následovně: respondentů jsem se dotazovala, zda jim komunikace a uspokojování potřeb ze strany sociálních pracovníků vyhovuje. K prověření předpokladu slouží otázky č.10 – 13.

P 3: Předpokládám, že klienti jsou s aktivitami a činnostmi, které pořádá naše zařízení, spokojeni. Předpoklad 3 jsem prověřila následovně: respondentů jsem se dotazovala na míru jejich participace na individuálním plánování, jejichž součástí je uspokojování sociálních potřeb a to pomocí otázek č. 14 – 17.

P 4: Předpokládám, že rodinné vztahy a pevné citové vazby i po umístění do zařízení fungují u většiny klientů. Předpoklad 4 jsem prověřila následovně: respondentů jsem se dotazovala , jak vnímají vztahy se svými rodinnými příslušníky. K prověření předpokladu slouží otázky č. 18-20.

1.3. Metody šetření

Pro účely této práce jsem vytvořila dotazník, který vychází z mé praxe a na základě nastudované literatury zabývající se problematikou sociální práce se seniory. Celkově se šetření zúčastnilo 50 respondentů. Vybraný vzorek respondentů pobývá v našem zařízení minimálně 2 roky, ale i více, a u všech respondentů jsou zachovány komunikační schopnosti. Jejich výběr byl nahodilý.

Jako metodu šetření jsem použila dotazník s uzavřenými, polouzavřenými otázkami a řízený rozhovor. Dotazník jsem zaměřila na čtyři různé aspekty:

1. Adaptaci a sociální integrace seniorů v zařízení
2. Komunikaci se sociálními pracovníky v širším kontextu
3. Volnočasové aktivity v životě seniorů
4. Rodinné vztahy a vazby na původní rodinu

Dotazník obsahuje 20 otázek posuzovaných na 4 bodové škále typu: „ano, spíše ano, ne, spíše ne“. Dotazníky byly srozumitelné, přehledné a stručné, po instruktáži jejich vyplnění nevyžadovalo vyšší časovou dotaci. Respondenti byli vstřícní a ochotní. Někteří respondenti odpovídali samostatně a jiní potřebovali

dovysvětlení, které jsem jim poskytla při řízeném rozhovoru. V rámci řízeného rozhovoru jsem upřesňovala, doplňovala obsah jednotlivých otázek dle potřeby a úrovně chápání respondentů.

2. Dotazník

Do rukou se Vám dostal dotazník studentky Lenky Pevné z 3. ročníku VŠ, obor sociální pedagogika. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Získané informace využiji k vypracování své bakalářské práce „Zvláštnosti sociální práce se seniory a jejich rodinnými příslušníky“. Tento dotazník je anonymní. Prosím o upřímné a co nejpřesnější vyjádření pouze Vašeho osobního názoru. Vaše spolupráce je pro mě cenným a nenahraditelným zdrojem informací. Předem děkuji za Vaši vstřícnost.

Žádám Vás o pečlivé přečtení jednotlivých otázek a o zakroužkování jedné z možných odpovědí. Za vyplnění dotazníku Vám předem děkuji.

1. Přišel(-la) jste do našeho zařízení dobrovolně?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

2. Měl(-a) jste základní informace před nástupem do DpS?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

3. Myslíte si,že tyto informace byly dostačující, aby Vám podaly přehled o životě v rezidenčním zařízení?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

4. Byl(-a) jste seznámena se všemi právy a povinnostmi Vaší osoby ve vztahu k organizaci?

Ano spíše ano
Ne spíše ne

5. Znáte sociální pracovníky?
Ano spíše ano
Ne spíše ne

6. Znáte svého klíčového pracovníka?
Ano spíše ano
Ne spíše ne

7. Je výběr klíčového pracovníka odpovídající Vašim potřebám?
Ano spíše ano
Ne spíše ne

8. Důvěřujete tomuto pracovníkovi?
Ano spíše ano
Ne spíše ne

9. Je pro Vás způsob života v DpS přijatelný?
Ano spíše ano
Ne spíše ne

10. Jste spokojen(-a) s chováním ošetřujícího personálu?
Ano spíše ano
Ne spíše ne

11. Zdá se Vám komunikace mezi Vámi a ošetřujícím personálem dostatečná?
Ano spíše ano
Ne spíše ne

12. Projevuje personál dostatečnou ochotu k Vašim potřebám?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

13. Rozvíjíte společenské kontakty s ostatními obyvateli domova?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

14. Jste spokojen(-a) s činnostmi a aktivitami, které domov pořádá?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

15. Jsou brány na vědomí Vaše připomínky, podněty k trávení volného času?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

16. Měl(-a) jste možnost vyjádřit se k tvorbě Vašeho individuálního plánu?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

17. Je uspokojována Vaše spirituální potřeba?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

18. Udržujete aktivní kontakty se svou rodinou?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

19. Vyhovují Vašim rodinným příslušníkům návštěvní hodiny v domově?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

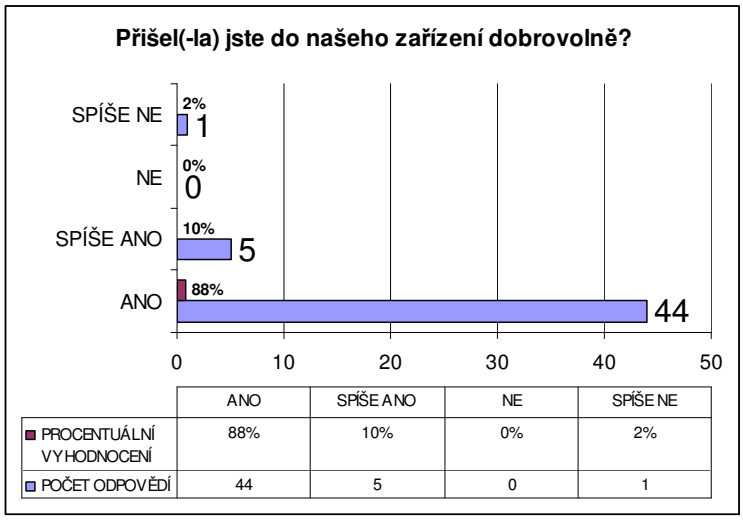
20. Jste spokojen(-a) s frekvencí návštěv Vašich rodinných příslušníků?

Ano spíše ano

Ne spíše ne

2. Interpretace dat

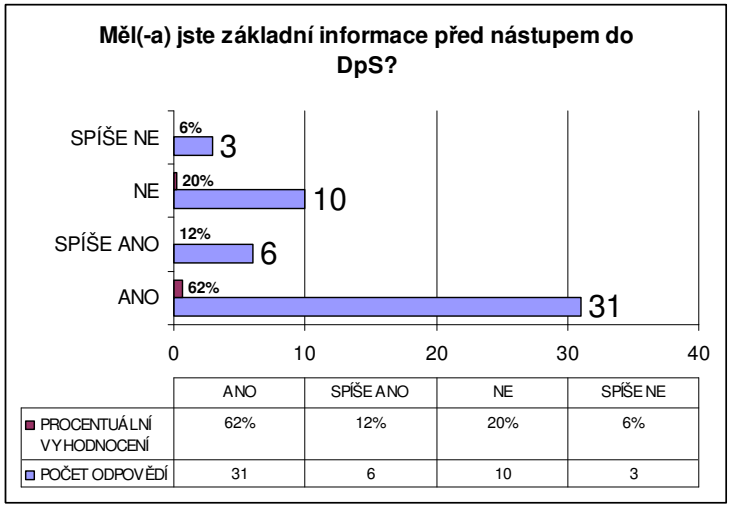
Vyhodnocení otázky č. 1:



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	88%	10%	0%	2%
POČET ODPOVĚDÍ	44	5	0	1

Moje první otázka směřovala ke zjištění, zda respondenti přišli do našeho zařízení dobrovolně. 88% respondentů mě přesvědčilo, že nebyli do zařízení umístěni proti své vůli. U 2% respondentů sehrála roli rodina (nátlak rodiny), nebo vliv určitých okolností. Respondentům jsem na toto téma položila doplňující otázky, které ukázaly, že téma je pro ně velmi choulostivé.

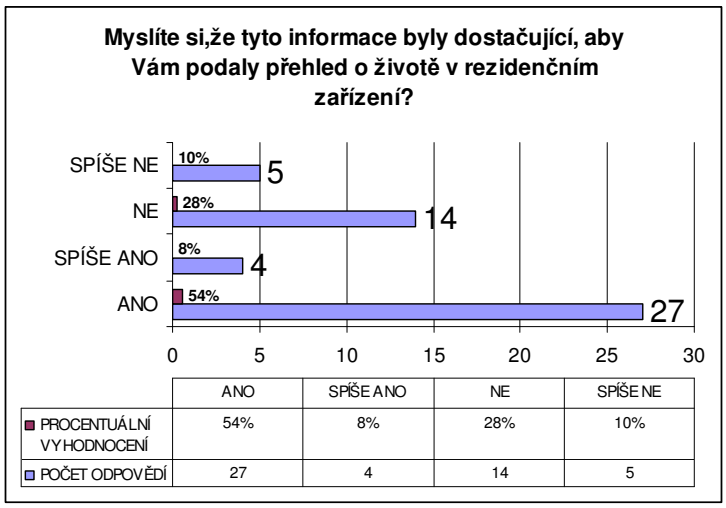
Vyhodnocení otázky č. 2 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	62%	12%	20%	6%
POČET ODPOVĚDÍ	31	6	10	3

Vyhodnocením druhé otázky jsem zjistila, zda poskytnuté informace respondenti považovali za základní a dostatečné. 62% respondentů považovali informace za dostatečné, 12% respondentů mělo pouze určité penzum informací, 20% mělo nedostatečné informace a 6% respondentů si již nevybavovalo, zda jim byly nějaké informace poskytnuty či nikoli. Domnívám se, že tento stav byl ovlivněn kvalitou a erudovaností sociálních pracovníků, ale i délkou pobytu v zařízení. Respondenti, kteří nastoupili před 8 lety neměli dostatek informací a respondenti, kteří nastoupili před 2 roky měli dostatek informací.

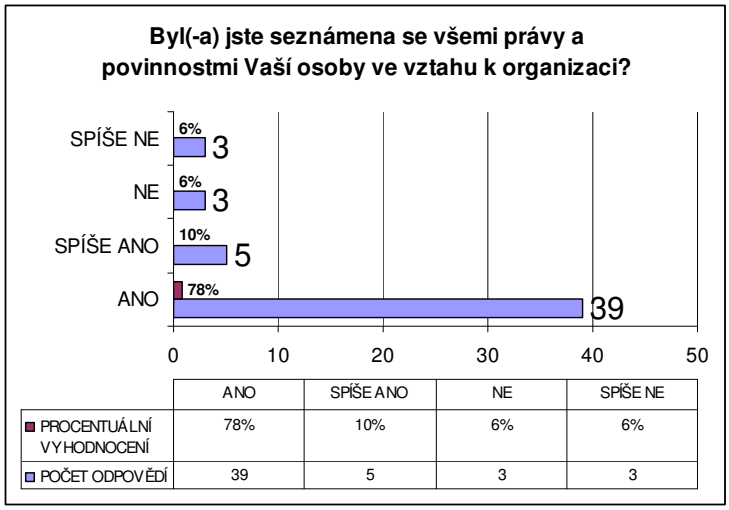
Vyhodnocení otázky č. 3 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	54%	8%	28%	10%
POČET ODPOVĚDÍ	27	4	14	5

Výsledky této otázky korespondují s otázkou č. 2. 54% respondentů, kterým byly poskytnuty základní informace před nástupem do zařízení, si život v rezidenčním zařízení dokázali představit a proces adaptability probíhal bez výrazných potíží. 8% respondentů si život v rezidenčním zařízení dokázalo představit v hrubých obrysech, 28% respondentů nedostalo podrobné informace, které by jim podaly přehled o životě v zařízení a vzhledem ke snížené adaptabilitě dané věkem se vyskytly problémy ve formě snížené adaptability stejně tak u 10% respondentů, kteří odpověděli spíše ne, toto faktum sehrálo roli negativního rázu. Adaptabilita byla výrazně ovlivněna negativním směrem.

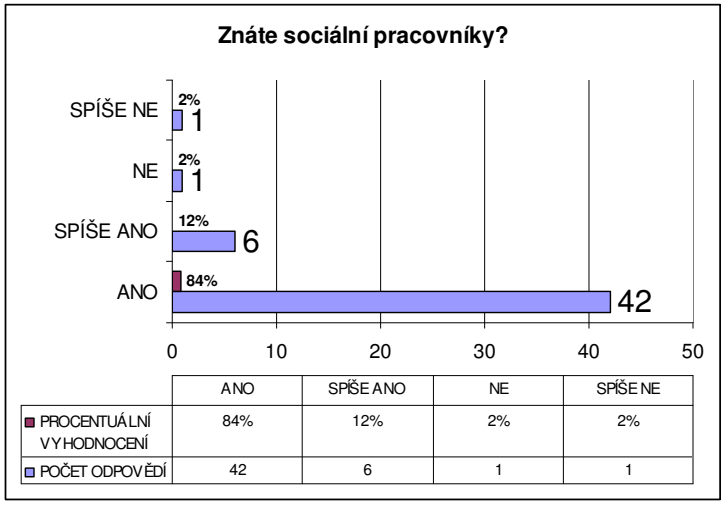
Vyhodnocení otázky č. 4 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	78%	10%	6%	6%
POČET ODPOVĚDÍ	39	5	3	3

Veškerá práva a povinnosti jsou zpracována v základních dokumentech organizace, zejména v domácím řádě. S tímto dokumentem je každý uchazeč o umístění v našem zařízení podrobně seznámen. Respondenti vyhodnotili tuto skutečnost v 78% jako plně uspokojivou v 10% jako dostatečně uspokojivou a ve 12% jako neuspokojivou. Je otázkou, zda negativní hodnocení 12% respondentů dostalo nedostatek informací nebo význam ustanovení domácího řádu nepochopili.

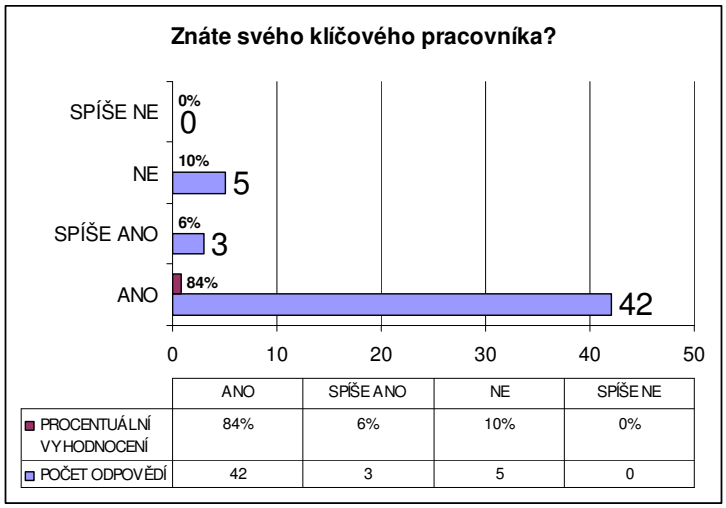
Vyhodnocení otázky č. 5 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	84%	12%	2%	2%
POČET ODPOVĚDÍ	42	6	1	1

Většina respondentů zná sociální pracovníky v jejich širším slova významu, stejně jako kompetence, které uplatňují v praxi.

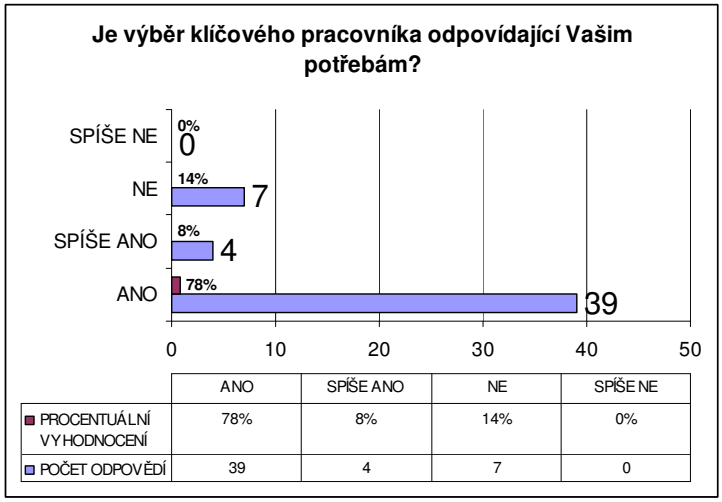
Vyhodnocení otázky č. 6 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	84%	6%	10%	0%
POČET ODPOVĚDÍ	42	3	5	0

Většina respondentů zná svého klíčového pracovníka. 10% respondentů nezná klíčového pracovníka. Je otázkou zda tato skutečnost není ovlivněna negativním přístupem respondentů k těmto pracovníkům. Ne každý respondent využívá služeb klíčového pracovníka.

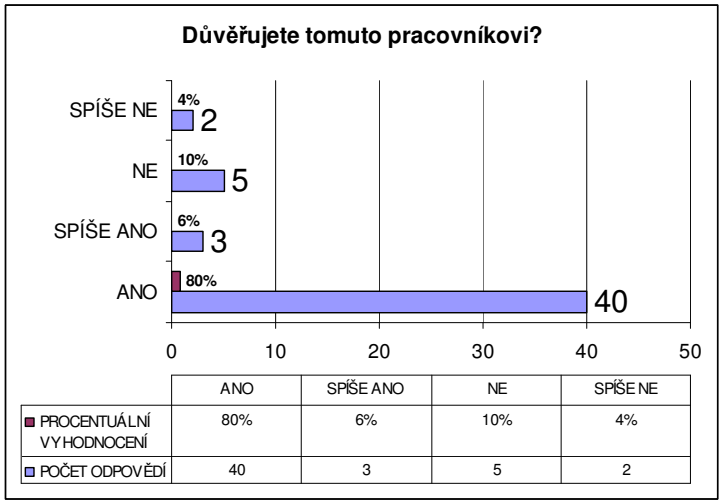
Vyhodnocení otázky č. 7 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	78%	8%	14%	0%
POČET ODPOVĚDÍ	39	4	7	0

Z celkového počtu oslovených respondentů je 86% s výběrem svého klíčového pracovníka spokojena a zcela odpovídá potřebám, které respondenti mají. Při výběru je zohledněna osobnost klíčového pracovníka i respondenta a snažíme se vytvořit kompatibilní dvojici. Pokud k tomu nedojde, je možná výměna dle přání respondenta. U 14% respondentů k této kompatibilitě nedošlo.

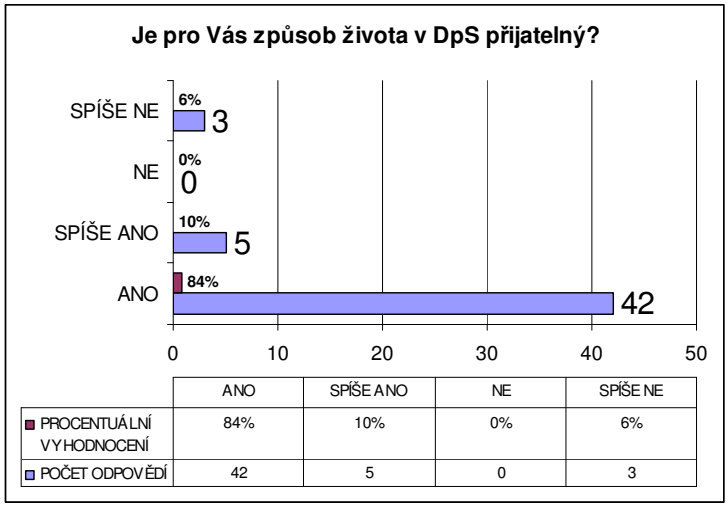
Vyhodnocení otázky č. 8 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	80%	6%	10%	4%
POČET ODPOVĚDÍ	40	3	5	2

Tato otázka koresponduje s otázkou č. 7. U respondentů u kterých výběr klíčového pracovníka odpovídal zcela jejich představám je z grafu patrné, že 86% respondentů těmto klíčovým pracovníkům důvěřuje. U zbývajících 14% respondentů došlo k inkompatibilitě, tudíž nemohlo dojít k navázání důvěrného vztahu. V tomto případě je nutné klíčového pracovníka vyměnit.

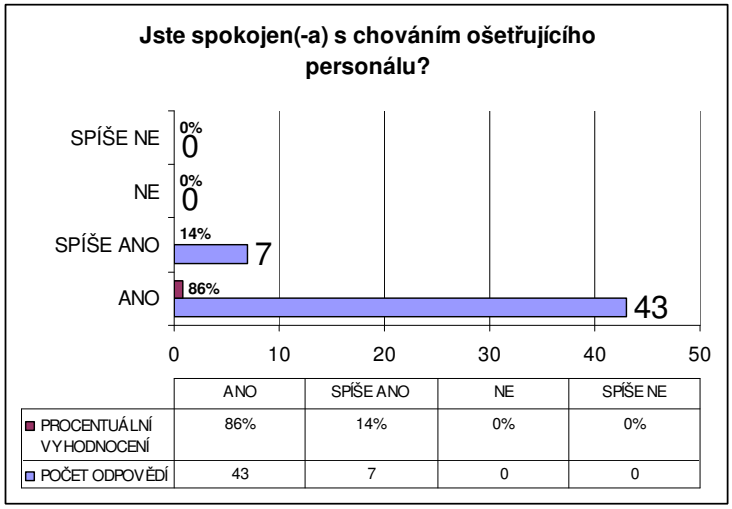
Vyhodnocení otázky č. 9 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	84%	10%	0%	6%
POČET ODPOVĚDÍ	42	5	0	3

Většina respondentů přišla do zařízení dobrovolně a s životem v zařízení je spokojena.
Nepřijatelný způsob života u 6% respondentů připisuji negativním okolnostem při nástupu do zařízení.

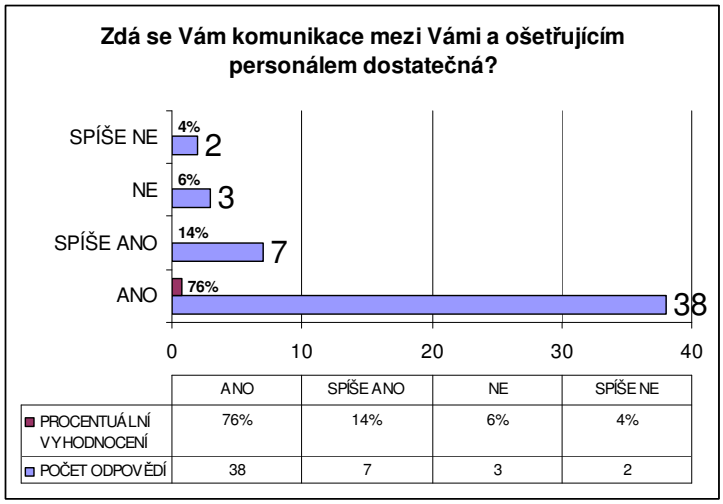
Vyhodnocení otázky č. 10 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	86%	14%	0%	0%
POČET ODPOVĚDÍ	43	7	0	0

Tento graf ukazuje, že při šetření nebyly zjištěny žádné zásadní nedostatky v chování ošetřujícího personálu což hovoří o kvalitě poskytované péče.

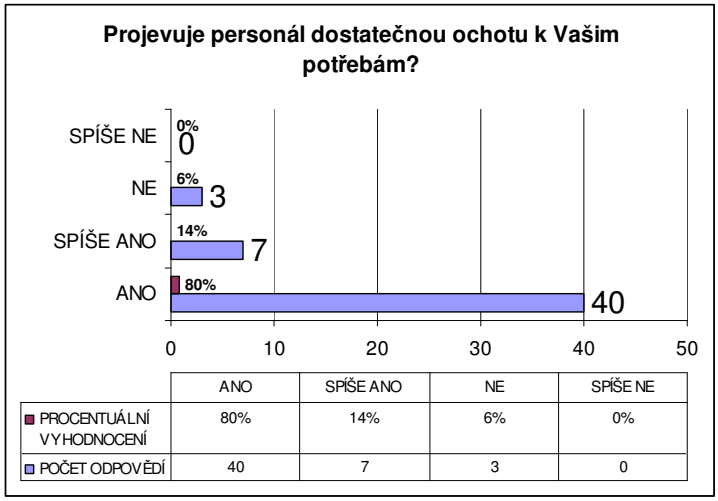
Vyhodnocení otázky č. 11 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	76%	14%	6%	4%
POČET ODPOVĚDÍ	38	7	3	2

Komunikaci respondenti v 90% považují za dostatečnou. Příčiny nedostatečné komunikace u 10% respondentů mě vede k zamyšlení, že příčina není v komunikaci, ale v typologii osobností.

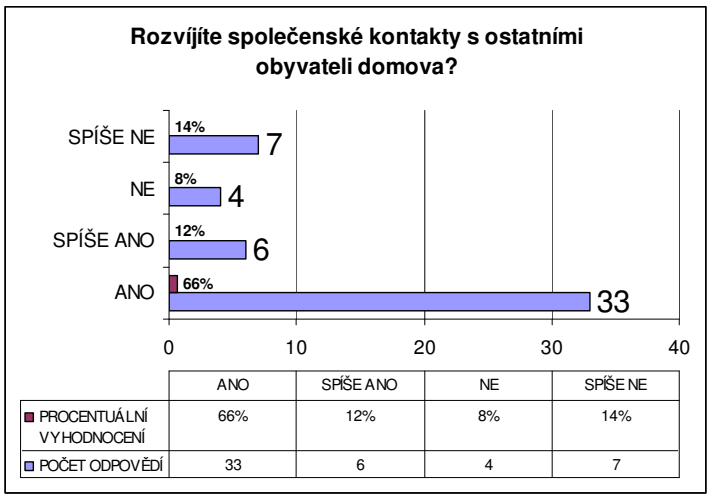
Vyhodnocení otázky č. 12 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	80%	14%	6%	0%
POČET ODPOVĚDÍ	40	7	3	0

Z grafu je patrné, že 94% respondentů je spokojena s ochotou personálu, kterou projevuje při uspokojování jejich potřeb a současně tento stav vypovídá o kladných osobnostních předpokladech personálu v našem zařízení. Zbývajících 6% respondentů není spokojena s ochotou personálu. Tuto skutečnost připisuji diferencovanosti osobnostních charakteristik, jak ze strany respondentů, tak personálu.

Vyhodnocení otázky č. 13 :

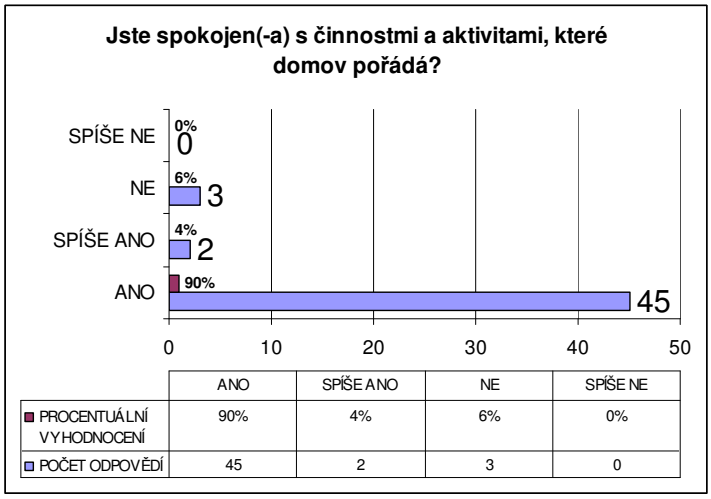


	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	66%	12%	8%	14%
POČET ODPOVĚDÍ	33	6	4	7

78% respondentů svědčí o tom, že v zařízení je dostatek příležitostí a podnětů k navazování společenských kontaktů. 22% respondentů žádné společenské kontakty nerozvíjí. Nabízí se otázka, zda je tento stav

způsobený klientelou, která těchto 22% respondentů obklopuje, nebo osobností respondentů. Předpokladem pro rozvíjení společenských kontaktů je snaha uspokojit sociální potřeby.

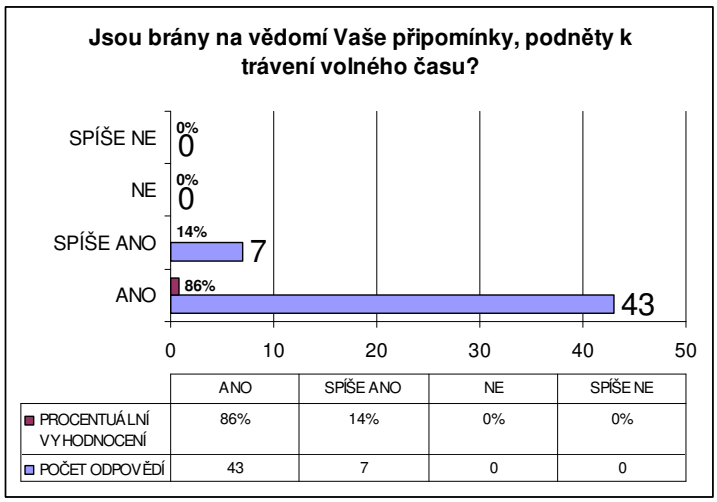
Vyhodnocení otázky č. 14 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	90%	4%	6%	0%
POČET ODPOVĚDÍ	45	2	3	0

Naše zařízení pořádá široké spektrum aktivit na jejíchž výběru se podílí i respondenti. Tyto aktivity jsou respondenty velice kladně hodnoceny o čemž svědčí i výsledek šetření. Zbývajících 6% není s aktivitami spokojená nebo z rozhovorů vyplynulo, že se těchto aktivit vůbec nezúčastňují, protože svůj volný čas tráví podle svých potřeb.

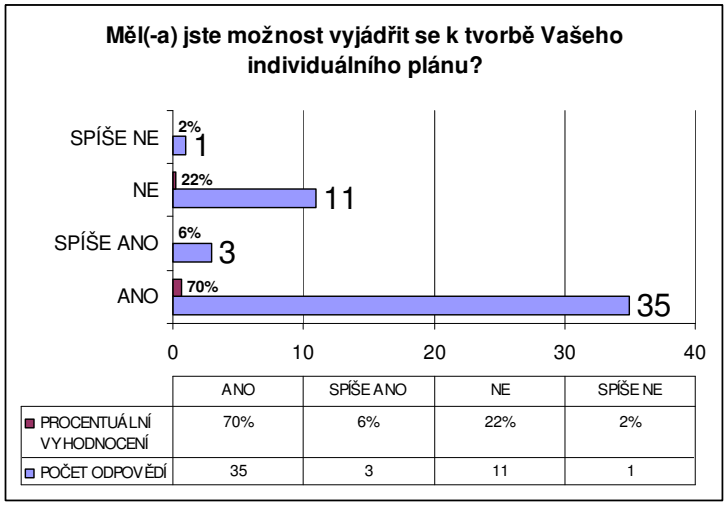
Vyhodnocení otázky č. 15 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	86%	14%	0%	0%
POČET ODPOVĚDÍ	43	7	0	0

Otázka souvisí s otázkou č. 14 . Z uvedeného grafu jednoznačně vyplývá, že zcela akceptujeme připomínky a podněty, které jsou vzneseny ze strany respondentů, k trávení volného času. Všichni respondenti mají právo se svobodně rozhodovat o tom, jak efektivně stráví svůj volný čas, což koresponduje s následující otázkou.

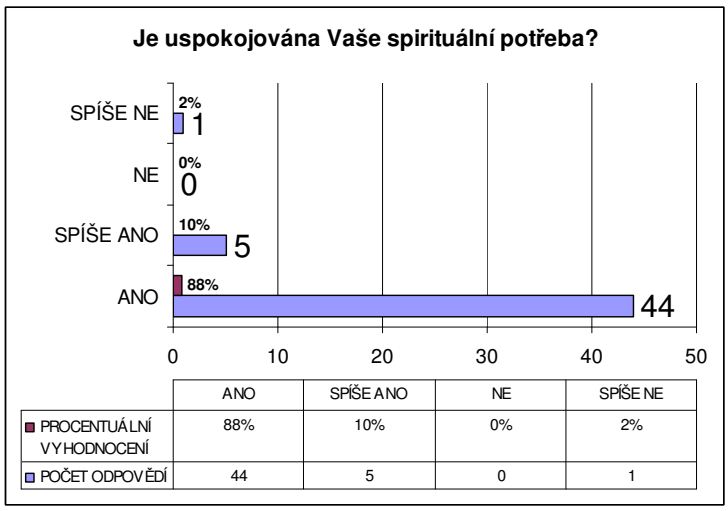
Vyhodnocení otázky č. 16 :



	ANO	SPÍŠE ANO	NE	SPÍŠE NE
PROCENTUÁLNÍ VYHODNOCENÍ	70%	6%	22%	2%
POČET ODPOVĚDÍ	35	3	11	1

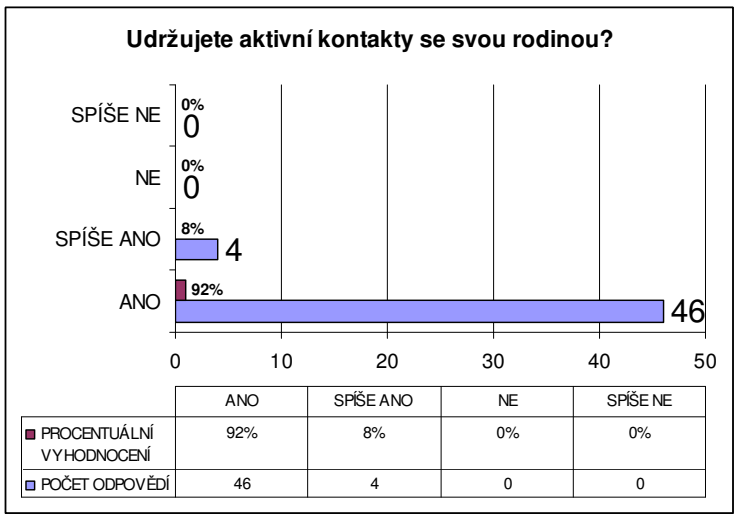
Na individuálním plánu participuje dle zjištěných údajů 76% respondentů, 24% respondentů dle výpovědí neví co individuální plán znamená, nebo s ním byli seznámeni jen částečně a to v okamžiku, kdy už byl vypracován. Jsou i případy, že žádné individuální plánování u respondentů neprobíhá, protože si to nepřejí .

Vyhodnocení otázky č. 17 :



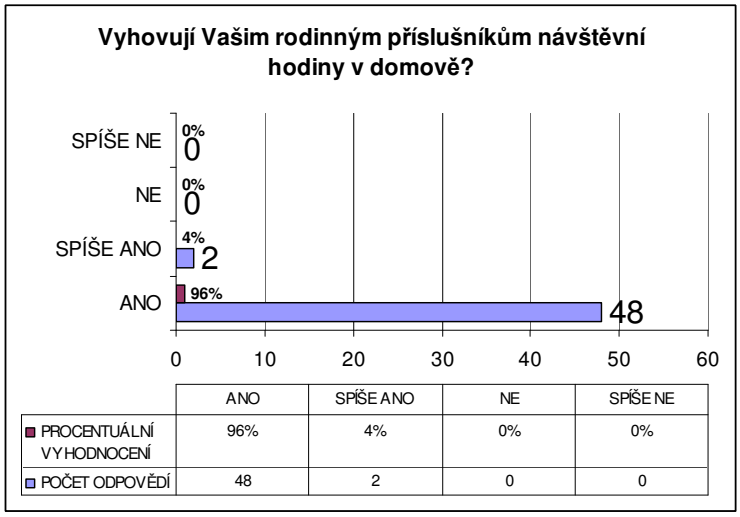
Péče o spirituální potřeby respondentů jsou stejně tak důležité, jako péče o jejich tělesné pohodlí. S blížícím se koncem života nabývají na důležitosti cíle, které se dotýkají samotné podstaty a smyslu života. Je důležité dát respondentům prostor pro rozloučení a tím jim umožnit „ dobrý“ odchod ze života – tedy odchod s prožitkem vnitřního smíru. 98% respondentů tuto službu v našem zařízení využívá.

Vyhodnocení otázky č. 18 :



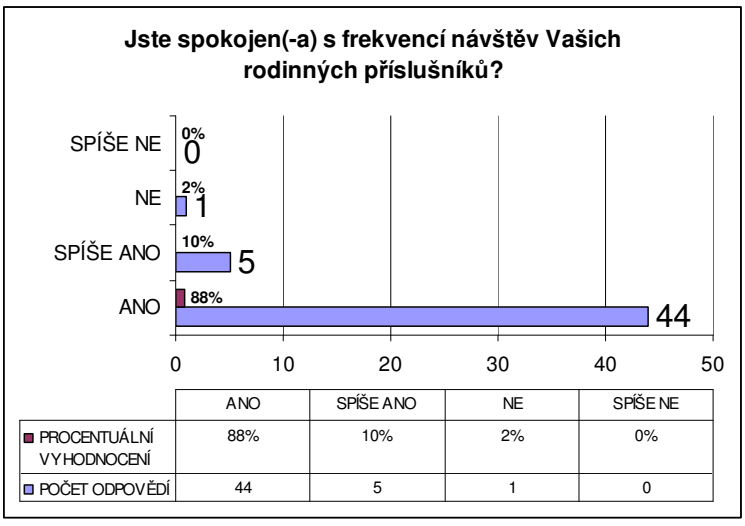
Výpovědní hodnota tohoto grafu je zcela evidentní. Respondenti, i přes své umístění do zařízení, mají velmi dobré rodinné vztahy a nadále respondentům rodina poskytuje emoční a citové zázemí. Někteří respondenti při rozhovoru uvedli, že i kontakt po telefonu, poštou je pro ně velmi důležitý, ale většině přináší satisfakci osobní kontakt.

Vyhodnocení otázky č. 19 :



Rodinní příslušníci jsou zcela spokojeni s návštěvními hodinami v zařízení, což jim i nadále umožňuje rozvíjet mezigenerační vztahy.

Vyhodnocení otázky č. 20 :



Většina respondentů je s frekvencí návštěv rodinných příslušníků spokojena.

4. Výsledky šetření

P1: nepotvrzen, většina klientů uvádí, že veškeré potřebné informace, které považovali za životně důležité před nástupem obdrželi. Měli možnost zvláště v posledních dvou letech se důkladně seznámit s prostředím zařízení, a všemi základními dokumenty upravující vztah organizace ke klientovi (práva, povinnosti). Za poslední 2 roky se informovanost klientů výrazně zlepšila, což je způsobeno novými postupy dle standardů kvality péče.

Výraznou roli sehrála schopnost adaptability klienta na nové prostředí a podmínky. Zařízení s touto skutečností počítá a snaží se projevy maladaptace eliminovat všemi prostředky.

Kvalifikovanost sociálních pracovníků a naplňování jejich kompetencí je přínosem v jednotlivých fázích adaptačního procesu. Nová role klíčového pracovníka výrazně pozitivně ovlivňuje začlenění příchozího klienta do nové sociální skupiny.

P2: se rovněž nepotvrdil. Toto zjištění bylo pro mne překvapivé. Z výsledků šetření plyne, že komunikace mezi sociálními pracovnicemi (v širším kontextu) a klienty vykazuje pozitivní hodnocení. Domnívám se, že opět v této oblasti sehrálo roli naplňování standardů kvality, které jasně vymezují oblasti zlepšení interpersonální komunikace (komunikace mezi klienty a personálem).

P3: se potvrdil, vzhledem k tomu, že DpS věnuje výraznou pozornost volnočasovým aktivitám klientů, které jsou velmi pestré a úzce korespondují se zjištěnými potřebami klientů. Pro doplnění uvádím, že část klientů dobrovolně volí neúčast na těchto aktivitách na základě svého vnitřního založení.

Je zde respektována osobnost klienta v celé škále jeho životních potřeb.

P4: se potvrdil. Většina respondentů uvedla, že udržování vztahů se svými rodinnými příslušníky naplňuje jejich sociální potřebnost v rozsahu těchto kontaktů. Většina našich klientů udržuje nadále kvalitní vztah se svými příbuznými, což jim umožňuje ve změněných podmínkách se lépe adaptovat.

Pozn., toto zjištění nebývá pravidlem ve srovnání s jinými zařízeními obdobného typu.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zjistit, které faktory ovlivňují uspokojování sociálních potřeb seniorů v konkrétním Domově pro seniory Třebíč – Koutkova. Na základě relevantní literatury byl vyvozen teoretický rámec, na který navazovaly praktické cesty šetření. Šetření jsem zaměřila na čtyři oblasti:

- Adaptaci a sociální integrace seniorů v zařízení
- Komunikaci se sociálními pracovníky (v širším kontextu)
- Volnočasové aktivity v životě seniorů
- Rodinné vztahy a vazby na původní rodinu

Specifika sociální práce se seniory lze chápat v širokém kontextu této problematiky. Pro účely mé práce jsem zaměřila pozornost zvláště na oblast rezidenční péče o seniory, vzhledem k tomu, že tato problematika je mi velmi blízká. Pracuji jako zdravotní sestra v Domově pro seniory Třebíč - Koutkova.

V rámci zkvalitňování péče o tuto nedílnou součást populace, je nutná úzká součinnost mezi poskytovanými zdravotnickými a sociálními službami, které jsou v zařízeních poskytovány.

S přijetím zákona č.108/2006 Sb., a jeho prováděcí vyhlášky č.505/2006 Sb., sociální práce nabývá nových kvalit. Tyto kvality jsou vymezeny přijatými standardy péče – normativními vymezeními a povinnostmi organizace.

Jak z mého šetření vyplývá, změny v přístupech ke klientům nesou pozitivní výsledky, které se odrážejí v nemalé míře ve spokojenosti klientů se službami jim poskytovanými. Celkově výsledky šetření podaly uspokojivý pohled na naplňování standardů kvality péče, což je zavazující pro personál i pro příští období. Práce na standardech je nekončícím procesem, který je nutno neustále vyhodnocovat, a požadavky zpracovat pro následující období. Je nutný flexibilní přístup respektující vždy konkrétní klientelu na základě jejich specifických potřeb.

Sociální práce prolíná všemi aktivitami zařízení, a vyžaduje kvalitní týmovou spolupráci všech pracovních úseků. Výsledků tohoto šetření využiji v praxi. Ráda budu pokračovat v obdobných šetření, které přinášejí obraz života v zařízení ve své magisterské práci.

RESUMÉ

Tato bakalářská práce by měla přinést ucelený pohled na starého člověka a být předurčena širokému okruhu zájemců – dobrovolných pracovníků a aktivistů v oblasti sociální práce se staršími lidmi. Snažila jsem se Vám přiblížit pohled na novou vědeckou disciplínu –sociální práce, která je zaměřena především na pomoc starým lidem.

Ve své práci jsem se zaměřila na zvláštnosti sociální práce se seniory žijící v rezidenčním zařízení Třebíč – Koutkova. Pozornost jsem věnovala faktorům, které ovlivňují uspokojování sociálních potřeb. Zejména při adaptaci, komunikaci, volnočasových aktivitách a rodinných vztazích.

V teoretické části práce popisuji stáří jako součást kvalitativní proměny se všemi somatickými a psychickými změnami, ke kterým v tomto období dochází.

Smyslem sociální práce se seniory je pomoci starému člověku vyjít ven z bludného kruhu „nezvládání“. Sociální pracovníci společně se zdravotnickým personálem se snaží a napomáhají těmto seniorům najít cestu ven z tohoto bludného kruhu. A to pomocí metod sociální práce – validace, aktivizace, animace atd., vhodně zvolenými komunikačními prostředky, vytvořením příznivých podmínek při adaptaci (dostatek informací před vstupem do zařízení, seznámení klienta s jeho právy a povinnostmi) a to vše ve spolupráci s rodinnými příslušníky.

V poslední kapitole jsem popsala zařízení, ve kterém pracuji jako všeobecná sestra. DpS (Domov pro seniory) Třebíč Koutkova provozuje svoji činnost od prosince 1999. Jedná se o moderní zařízení, které splňuje

stavební normy Evropské unie. Zařízení poskytuje zdravotní, ošetřovatelské a sociální služby rezidenční službou.

Aplikační část práce obsahuje šetření, které jsem zaměřila na 4 aspekty (adaptaci, komunikaci, volnočasové aktivity a rodinné vztahy). Z výsledků mého šetření vyplývá, že zařízení eliminuje všemi dostupnými prostředky problémy, které se objevují při adaptačním procesu. Určitou roli zde sehrává nově přijatý sociální zákon č. 108/2006 Sb., a s tím související standardy, které jasně vymezují oblasti zlepšení v interpersonálních vztazích, komunikaci, a v kvalitě poskytovaných služeb. Klienti efektivně využívají svůj volný čas a jsou spokojeni s aktivitami, které zařízení nabízí, a to s ohledem na specifické potřeby každého klienta. Rodina pro klienty představuje emoční a citové zázemí. Zařízení tyto pevné vazby podporuje a umožňuje nadále rozvíjet rodinné vztahy, a tím naplňovat potřeby klientů.

ANOTACE

Cílem mé bakalářské práce je zjistit faktory, které ovlivňují uspokojování sociálních potřeb seniorů v rámci konkrétního organizace Domova pro seniory Koutkova v Třebíči. Vymezení základních teoretických pojmů, kterými jsou senior, sociální práce, metody sociální práce, komunikace, jsou obsahem první části. Druhá empirická část mé práce je zaměřena na specifické sociální potřeby (adaptace a sociální integrace seniorů v rezidenčním zařízení, komunikace mezi seniory a sociálními pracovníky, volnočasové aktivity a jejich aplikace pomocí metod sociální práce, rodinné vztahy) a na identifikaci hlavních faktorů, které negativně ovlivňují uspokojování těchto potřeb. Závěrečné kapitoly jsou směřovány, kromě popisu obecných strategií, na konkrétní opatření na základě zjištěných skutečností.

KLÍČOVÁ SLOVA

Sociální práce, senior, tělesná involuce, adaptace, integrace, individuální plán, klíčový pracovník, rezidenční zařízení, sociální pracovník, rodina, metody sociální práce, aktivizace, verbální a nonverbální komunikace, sociální a zdravotnické služby

ANNOTATION

The aim of my thesis is to determine the factors that affect the fulfillment of the social needs of senior citizens within the specific organization of the Koutkova Senior Home (Domov pro seniory Koutkova) in Třebíč. The definition of fundamental theoretical terms, specifically senior citizen, social work, methods of social work, and communication, is the subject matter of the first section. The second, empirical section of my thesis focuses on specific social needs (adaptation and social integration of senior citizens in a residential facility, communication between senior

citizens and social workers, leisure time activities and their application through the methods of social work, familial relationships) and on the identification of the main factors that negatively affect the fulfilling of those needs. Besides the description of general strategies, the final chapters focus on specific measures based on the established facts.

KEY WORDS

Social work, senior citizen, physical involution, adaptation, integration, individual plan, crucial worker, residential facility, social worker, family, methods of social work, activation, verbal and non-verbal communication, social and medical services

LITERATURA A PRAMENY

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

Dana Klevetová, Irena Dlabalová, Motivační prvky při práci se seniory, Vydala Grada Publishing, a.s.,2008, 208 s.
ISBN 978-80-247-2169-9

David Lewis, *Tajná řeč těla*, Vydalo nakladatelství Hodego s.r.o. ve spolupráci s East West Publishing Copany , V Závětří 1036/3, 170 00 Praha 7, 1989
ISBN 80-86663-02-7

Garry Prouty, Dion van Werde, Marlis Partner, Preterapie, Vydalo nakladatelství Portál, s. r. o., Klapkova 2, 182 00 Praha 8, 2005
ISBN 80-7178- 949- 6

Eva Rheinwaldová, Novodobá péče o seniory, Vydala Grada Puglishing, spol. s.r.o, Průhonu 22, Praha 7; 1999, 88 s.
ISBN 80- 7169-828-8

Helena Haškovcová, Fenomén stáří, Vydala Panorama, v Praze roce 1990, 416 s.
11-122-90 TS 13/33

Ian Start- Hamilton, *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999, 320 s. ISNB 80-7178-274-2

Interní materiály organizace DpS Koutkova- Kubešova

J. Štefanovič, J. Greisinger , *Psychologie* , Vydání 3 . Vyšlo v roce 1987. Vydalo nakladatelství ,n.p. Praha 1, 256 s.
735 23 - 08/2008 – 069 – 87

Martina Venglářová, Problematické situace v péči o seniory, Vydala Grada Publishing, a.s., 2007, 96 s.
ISBN 978-80-247-2170-5

Martina Venglářová, Gagriela Mahrová, Komunikace pro zdravotní sestry, Vydala Grada Publishing, a.s., 2006 , Praha 7 , 144 s.

Oldřich Matoušek, Jana Koláčková, Pavla Kodymová (eds.) *Sociální práce v práci: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Vyd.1. – Praha : Portál , 2005.
352 s.
ISBN 80 – 7367 – 002 – X

Oldřich Matoušek a kol., Základy sociální práce, Vydání 2., Praha: Portál, 2007.
312 s. ISBN 978 – 80 – 7367 – 331 - 4

Řehoř, A. *Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce* .
Brno : Institut mezioborových studií, 2008

Vladimír Pacovský , *Vnitřní lékařství* . Vydalo nakladatelství Osveta, š. p. Osloboditeľov 21, 036 54 Martin, SR, ve spolupráci s nakladatelstvím Avicenum, n.p. Malostranské nám. 28, 11802 Praha 1 ČR , 1993
ISBN 80 – 217 – 0558- 2
ISBN 80 – 217 – 0548 – 5 (slov.vyd.)

Vladimír Pacovský, Geriatrická diagnostika, Vydalo nakladatelství SCIENTIA MEDICA, spol. s.r.o., Praha 3, Chlumova 9, jako svou 28. publikaci, Vydání 1. – vyšlo v r. 1994 – stran 152
ISBN 80 – 85526 – 32 - 8

Z.Kalvach, Z. Zadák, R. Jirák, H. Zavázalová, P. Sucharda a kolektiv. *Geriatrie a gerontologie.* Vydání 1. , Praha 2004 ,Vydala Grada Publishing, a. s. 2004, 864 s.
ISBN 80 – 247 – 0548 – 6

Odborné časopisy:

Sociální práce, 2/ 2004, Ivo Kelner, MAS
Sociální práce, 2/2003, Petra Jurečková FSS MU Brno

Elektronické zdroje:
http://www.pecujici.cz/pririucky.shtm/?x=1430003

PŘÍLOHY

1.1. Seznam příloh

Příloha číslo:

1. Programy aktivit, kulturní, společenské akce, vzdělávací programy v našem zařízení.

2. Mezigenerační programy a zapojení širší komunity. Dobrovolnický program.

3. Psychosociální pomoc seniorům, socioterapie, validace, taneční, reminiscenční terapie, trénování paměti a jiné speciální techniky.

4. Hydroterapeutický a hydromasážní bazén, hydromasážní vana.

5. Bezbariérový přístup a zařízení.

6. Cvičení v bazénu tělocvičně.

7. Ergoterapeutické a rehabilitační programy.

8. Průzkumy spokojenosti klientů a rodinných příslušníků uskutečňované pomocí výboru obyvatel a setkáváním s rodinnými příslušníky.

9. Výlety našich klientů do okolí Třebíče

Příloha č.1

DpS Koutkova

Společenská akce – ochutnávka vín v našem zařízení

Účast našich klientů na plese v Třešti ,pořádaným v rámci rozvoje společenských vztahů.

Příloha č. 2

Vystoupení dětského sboru v atriu DpS.

Dopolední zpívání koled se studenty Střední zdravotnické školy.

Účast dobrovolnice na společenské akci, pořádané v našem zařízení.

Příloha č. 3

Běh Terryho Foxe pro seniory, pořádaný městským úřadem Třebíč v rámci „Dne zdraví“.

Ples pro seniory, jejich rodinné příslušníky a širokou veřejnost, každoročně pořádaný v našem zařízení.

Vystoupení našich klientů za doprovodu kláves.

Příloha č.4

Hydroterapeutický bazén, který využívají naši klienti pro relaxaci,a pro zlepšení svého fyzického stavu.

Hydromasážní vana využívána pro terapeutické a relaxační účinky.

Příloha č. 5

Bezbariérové přístupy v našem zařízení.

Příloha č. 6

Velmi dobře vybavená tělocvična kam nechodí jenom klienti , ale i zaměstnanci DpS.

Příloha č. 7

Rehabilitační a ergoterapeutické programy pořádané v rámci aktivizace klientů. Klub ručních prací – výroba jarní dekorace v hobby místnosti.

Klub ručních prací- vystřihování z papíru. Procvičování jemné motoriky.

Sportovní soutěže v zahradě .

Příloha č. 8

Výbor obyvatel, který se schází pravidelně s paní ředitelkou a řeší připomínky, které se vztahují na poskytované služby.

Pravidelné setkávání paní ředitelky s klienty.

Příloha č. 9

Výlet klientů na Hadcovu step.

Výlet s klienty, kteří rádi houbaří.

Výlet na Jalovec.