

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

**Institut mezioborových studií Brno**

**Sociálně-pedagogické aspekty stáří**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**

**Doc. PhDr. František Vízdal, CSc.**

**Vypracovala:**

**Marcela Preisová**

**Brno 2009**

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sociálně-pedagogické aspekty stáří“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

Brno 1. 4. 2009

.....  
Marcela Preisová

## **Poděkování**

Děkuji panu doc. PhDr. Františku Vízdalovi, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým za trpělivost, morální podporu a pomoc, kterou mi věnovali při zpracování mé bakalářské práce, a které si nesmírně vážím.

V neposlední řadě pak věnuji své poděkování všem seniorům z Domova pro seniory - oddělení A a Domova se zvláštním režimem pro osoby s demencí ve Vyškově, kteří mi byli inspirací a věnovali mi svůj čas a důvěru při rozhovorech na téma mé bakalářské práce.

Marcela Preisová

# OBSAH

ÚVOD.....	2
<b>1. ZÁKLADNÍ ZMĚNY PROBÍHAJÍCÍ VE STÁŘÍ.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Základní psychické změny ve stáří.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 Změny v senzorické oblasti.....	6
1.1.2 Psychomotorické zpomalení.....	7
1.1.3 Změny paměti a myšlení.....	8
1.1.4 Inteligence.....	9
1.1.5 Změny v emocionální a citové oblasti.....	10
1.1.6 Celkový pokles vitality.....	11
1.1.7 Nedostatečná adaptabilita.....	12
1.1.8 Změny v sebehodnocení a postoji k ostatním lidem.....	13
1.1.9 Změny v prožívání času.....	14
<i>Dílčí závěry:</i> .....	15
<b>1.2 Základní sociální změny ve stáří.....</b>	<b>16</b>
1.2.1 Změny sociálních rolí.....	17
1.2.2 Změny ekonomických a hmotných poměrů.....	21
<i>Dílčí závěry:</i> .....	23
<b>2. POPIS SOCIÁLNĚ-PEDAGOGICKÉHO PŮSOBNÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY A DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRO OSOBY S DEMENCÍ VE VÝŠKOVĚ.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1. Základní informace o zařízení, popis služeb.....</b>	<b>25</b>
2.1.1 Poslání, principy a cíle zařízení.....	25
2.1.2 Komplex nabízených služeb:.....	26
2.1.3 Provozní podmínky.....	27
<b>2.2 Popis výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti nabízené v zařízení.....</b>	<b>28</b>
2.2.1 Individuální plánování služby.....	28
2.2.2 Metody a způsoby poskytování výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.....	29
<i>Dílčí závěry:</i> .....	32
<b>3. VLIV SOCIÁLNĚ-PEDAGOGICKÉHO PŮSOBNÍ NA PRŮBĚH ZMĚN PROBÍHAJÍCÍCH VE STÁŘÍ A KVALITU ŽIVOTA KLIENTŮ V ZARÍZENÍ.....</b>	<b>33</b>
<b>3.1 Studium dokumentace, případové studie.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2 Rozhovory s uživateli služeb.....</b>	<b>39</b>
3.2.1 Postup při provádění rozhovorů s klienty.....	39
3.2.2 Zjištěné poznatky.....	40
<i>Shrnutí poznatků z rozhovorů s klienty:</i> .....	42
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>43</b>
<b>RESUMÉ.....</b>	<b>45</b>
<b>ANOTACE, KLÍČOVÁ SLOVA.....</b>	<b>47</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>49</b>

# ÚVOD

## Popis problému

Stáří je obdobím lidského života, které jedněm připadá jako přirozená součást životního běhu, druhé trochu děsí a další se je zase snaží přehlížet, dokud je samotné nepostihne. Čím delší životy však díky pokroku v medicíně a životním stylu žijeme, tím delší dobu v tomto věkovém úseku strávíme. Proto je užitečné, ba přímo nezbytné, zabývat se myšlenkou, jaké vlastně změny jsou se stárnutím spojené, jak jim lze předcházet či je alespoň usměrňovat, jak se na změny probíhající ve stáří adaptovat a jak využít všech zachovaných kompetencí a dovedností co nejdéle a nejefektivněji.

Téma mé bakalářské práce je dáno částečně mou profesionální praxí – pracuji jako sociální pracovnice v Domově pro seniory a Domově se zvláštním režimem pro osoby s demencí ve Vyškově, poslední 2 roky jako vedoucí sociálního oddělení, která má na starost právě ono pedagogické působení, jež je hlavní problematikou mé práce – vedu tým výchovných pracovníků, jejichž pracovní náplní je např. aktivizace, nácvik soběstačnosti, volnočasové aktivity, společenské akce a hry, vzdělávání, zprostředkování různých druhů terapií (arteterapie, ergoterapie, logoterapie, muzikoterapie, canisterapie apod.), vedení individuálních plánů rozvoje osobnosti klientů a psychosociální rehabilitace - zkrátka všechny druhy činností, které nesouvisí ani tak s tělesnými změnami u seniorů, jako spíše se změnami psychickými a sociálními.

Téma stáří a psychických a sociálních změn v něm probíhajících je mi ale blízké nejen mou profesionální praxí – setkávala jsem se s ním v průběhu celého života a myslím, že základní kámen mého zájmu o tuto problematiku byl položen již v dětství, kdy mě jako chůva vychovávala má prababička. Dovedla i v pokročilém věku svým výchovným působením pozitivně ovlivnit můj život a já jí tenkrát nestihla dát najevo svůj vděk a tak jsem postupem času nepřímou přišla k myšlence, která je v mé práci stěžejní: **„Mohu já jako sociální pracovnice ve spolupráci se svými kolegy sociálně-pedagogickým působením příznivě ovlivnit psychické a sociální změny probíhající u seniorů či jim alespoň pomoci při procesu adaptace na ně?“**

## **Cíl bakalářské práce:**

Jak napovídají má slova v předchozích odstavcích, cílem mé práce je popsat a blíže prozkoumat **vliv sociálně-pedagogického působení na průběh psychických a sociálních změn u seniorů**. Pojmem „sociálně-pedagogické působení“, který ve své práci používám, je míněno záměrné a cílevědomé působení pracovníků a celého prostředí zařízení sociální péče na klienty z řad seniorů se záměrem klienty aktivizovat, udržovat jejich soběstačnost, pomoci jim s adaptací na tělesné, psychické i sociální změny ve stáří, s jejich zvládnutím.

Vzhledem k mé pracovní pozici a praxi v Domově pro seniory a Domově se zvláštním režimem pro osoby s demencí čerpám své poznatky a zkušenosti především odtamtud. Jsem si vědoma, že sociálně-pedagogické působení v terénu je velmi rozdílné od toho působení, které probíhá v sociálních zařízeních – je tedy nutné podotknout, že jde o průzkum prováděný ve specifických podmínkách rezidenčního zařízení sociální péče.

## **Metody zpracování**

V první kapitole své práce stručně popisuji základní psychické a sociální změny probíhající ve stáří. V této části čerpám především z prostudované literatury a poznatky takto získané zpracovávám formou přehledové stati.

Druhou kapitolu práce věnuji popisu konkrétního prostředí a sociálně-terapeutických činností pracovníků Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem pro osoby s demencí ve Vyškově.

Poslední, třetí, kapitola obsahuje výsledky mého průzkumu v uvedeném zařízení sociální péče. V této empirické stati věnuji svoji pozornost výsledkům studia dokumentace, svého pozorování a rozhovorů provedených s uživateli služeb domova; pro dokreslení uvádím několik kazuistik. Výsledky svého průzkumu v závěru práce podrobuji analýze a pokouším se o jejich interpretaci.

# 1. ZÁKLADNÍ ZMĚNY PROBÍHAJÍCÍ VE STÁŘÍ

Život seniora provází mnoho změn, které se týkají jak jeho tělesné schránky, tak jeho psychického života i sociálního zázemí. Je však nutno brát v úvahu, že „...vývoj *fyziologický, psychický a sociální neprobíhá patrně v senescenci a v seniu vždy paralelně.*” (Kohoutek, R., 2003, s. 82). Při posuzování změn probíhajících ve stáří hrají velkou roli **intraindividuální a interindividuální rozdíly**, přičemž intraindividuální rozdíly lze chápat jako rozdíly v rámci daného člověka – změny v určité oblasti probíhají odlišným způsobem či tempem, než změny v oblasti jiné (např. úroveň slovní zásoby a schopnost definovat slova zůstávají dlouho neměnné, naproti tomu např. v mentální pohotovosti a pozornosti klesá průměrný výkon poměrně brzy). Rozdíly interindividuální jsou vlastně rozdíly mezi různými jedinci. Tyto rozdíly jsou při stárnutí velmi nápadné a závisí na různých činitelích, jako jsou např. zdravotní stav, finanční zajištění, stupeň pohodlí, začlenění do společnosti, meziosobní vztahy, postoj členů rodiny, dřívější způsob života, dobré i špatné zkušenosti, navyklý životní standard, typ osobnosti, úroveň inteligence a řada dalších. (Hermanová, M., 2007).

Změny **tělesné** jsou nejvíce markantní a bývají popisovány vlastně v každé základní učebnici, proto se budu zabývat zvláště změnami **psychickými a sociálními**, kterým až donedávna nebyla v naší společnosti věnována příliš velká pozornost.

Změny tělesné však nelze pominout úplně, neboť se s psycho-sociálními změnami prolínají, doplňují, a tvoří tak integrální celek změn, se kterým se starý člověk musí potýkat. Shrnu tedy alespoň stručně **základní oblasti tělesných změn** (Dörner, K., Plog, U., 1999, s. 250-51):

- změny orgánů (úbytek mozkové tkáně, změny velikosti i funkce srdce, rozmnožovacích a pohlavních orgánů aj.)
- změny kůže (ztráta elasticity, zvýšená pigmentace, křehkost cév pokožky)
- změny vlasů (šedivost, postupné řídnutí a slábnutí vlasů či plešatost)
- změny hybnosti (oslabení svalů, atrofie, stařecký třes, lámavost kostí)
- změny smyslových orgánů (ztráta pružnosti oční čočky, snížená citlivost sluchu, chuti i čichu)

- změny trávení (snížení sekrece trávicích šťáv, ochablost střevní peristaltiky, zhoršené vstřebávání důležitých prvků)
- změny tělesné adaptability (rychlejší vyčerpání svalové a dechové rezervy, zhoršené přizpůsobování se změnám teplot aj.)

Celkově se tyto změny projevují nejen vizuálně, ale také **zhoršením zdravotního stavu** – „*staří lidé obvykle trpí polymorbiditou, tj. současným výskytem několika chorob... Průběh chorob je typický sklonem ke komplikacím a k chronicitě, protože organismus už nemá dostatečné rezervy, aby zvládnul i běžná onemocnění.*“ (Vágnerová, M., 2007, s. 402). Chorobami stáří se zabývá geriatrická medicína, která bývá někdy označována jako **medicína pěti i** - instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenní poškození (Haškovcová, H., 2004, s. 29).

Tyto a další změny se samozřejmě projevují v chování a prožívání jednotlivých seniorů, a to o to více, s čím větší intenzitou se k nim přidružují i změny v oblasti psychické a sociální, se kterými jsou těsně provázané. Reakce na tyto změny jsou ovlivněny osobností seniora a ta zase zpětně ovlivňuje průběh změn ve stáří, zvláště pak těch psychických a sociálních.

Základní změny provázející období stárnutí a stáří výstižně shrnuje M. Venglářová (2007, s.12) v následující tabulce:

**Tab. 1 Změny ve stáří**

<b>Tělesné změny</b>	<b>Psychické změny</b>	<b>Sociální změny</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• změny vzhledu</li> <li>• úbytek svalové hmoty</li> <li>• změny termoregulace</li> <li>• změny činnosti smyslů</li> <li>• degenerativní změny kloubů</li> <li>• kardiopulmonální změny</li> <li>• změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)</li> <li>• změny vylučování moči (častější nucení)</li> <li>• změny sexuální aktivity</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zhoršení paměti</li> <li>• obtížnější osvojování nového</li> <li>• nedůvěřivost</li> <li>• snížená sebedůvěra</li> <li>• sugestibilita</li> <li>• emoční labilita</li> <li>• změny vnímání</li> <li>• zhoršení úsudku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• odchod do penze</li> <li>• změna životního stylu</li> <li>• stěhování</li> <li>• ztráty blízkých lidí</li> <li>• osamělost</li> <li>• finanční obtíže</li> </ul>



Souhrn změn postihujících člověka v období stáří nelze jednoduše shrnout v jediné tabulce, neboť jsou individuální a liší se od jedince k jedinci. Ty základní však postihují ve větší či menší míře, dříve či později, každého z nás.

## 1.1 Základní psychické změny ve stáří

Důležitou skupinou změn, které provázejí období senia, jsou změny psychické. Ty se dotýkají zvláště oblasti sensoriky, psychomotoriky, paměti a myšlení, inteligence, emocionality a citového života seniorů, jejich vitality, adaptability, sebehodnocení, postoju a subjektivního prožívání. Podrobněji se zmíním o každé z těchto oblastí v následujících kapitolách.

### 1.1.1 Změny v sensorické oblasti

Životem provází člověka pět velkých pomocníků, pět smyslů, které mu zprostředkovávají styk s okolním světem. Každého z nich se přibývajícím věkem dotýká, každý z nich se mění. J. Křivohlavý (2002, s. 140-141) popisuje následující změny ve smyslové oblasti:

- **Zrak** – nejvýraznější změnou týkající se vidění je ztráta pružnosti čočky, která má za následek neostré vidění; dle Křivohlavého činí tato ztráta v 70 letech asi 25 % a v pozdějším období dokonce již přes 50 %. Kromě toho dochází také ke změnám ve vnímání barev.
- **Sluch** – již v průběhu pozdní dospělosti a stárnutí dochází k postupnému snižování citlivosti k vyšším frekvencím akustického spektra. Jako u mnoha jiných funkcí, i na udržení této má výrazný vliv celoživotní trénování a praxe – například hudebníci mívají relativně stálou citlivost na akustické podněty.
- **Chut'** - výraznějšímu úbytku chuťových vjemů dochází po 70. roce věku. Tyto změny se týkají především „*snížení prahu percepce chuti pro slané a sladké podněty. Setkáváme-li se u starších lidí s výpověďmi o dobré chuti toho či onoho jídla či pití, je třeba tyto údaje brát s určitou rezervou. Často jde spíše o ovlivnění momentálního zážitku vzpomínkou na to, co bylo kdysi prožíváno s výraznými chuťovými průvodními prožitky.*“ (c.d., s.141).

- **Čich** – čichové vnímání je věkem relativně méně ovlivněno, i tady jsou však patrné jisté odchylky
- **Hmat** – změny hmatu ve stáří nebývají příliš popisovány, souvisejí však s nedostatečným prokrvením končetin, cévní nedostatečností či s jiným onemocněním daného člověka (např. stavy po mozkové příhodě, onemocnění kosterního aparátu apod.)

V případech, kdy se k fyziologickým změnám v sensorické oblasti přidruží ještě například onemocnění demencí, způsobují poruchy vnímání (zvláště neschopnost poznávat lidi a věci, mylný výklad podnětů, špatný odhad vzdálenosti, potíže najít cestu) velkou nejistotu a úzkost seniora, které jeho situaci ještě zhoršují (Venglářová, M., 2007, s. 30).

### 1.1.2 Psychomotorické zpomalení

Období stáří je provázeno celkovým **zpomalením organismu a jeho reakcí na podněty**. *„Zpracování informací a volba adekvátní reakce trvá čím dál delší dobu a v důsledku toho dochází k eliminaci některých informací a zúžení množství výchozích poznatků nezbytných pro zhodnocení situace.“* (Vágnerová, M., 2007, s. 407). Dle Vágnerové se celkové zpomalení děje v souvislosti se změnami ve fungování mozku. Částečně je dané zpomalením smyslového zpracování podnětů, protože vnímané informace jsou ve stáří do příslušných center přenášeny mnohem pomaleji než dříve. Také přenos signálů z jedné oblasti mozku do druhé je pomalejší, a to díky úbytku neuronů nebo narušení synaptických spojů. *„Předpokládá se, že vzestup reakčních časů odráží obecný pokles rychlosti zpracování informací v centrálním nervovém systému. Ke zpomalení a úbytku flexibility kognitivních procesů mohou přispívat i psychogenní zátěže (např. podnětové strádání dané sociální izolací, stereotypy podnětů v době hospitalizace atd.).“* (c.d., s. 319).

Jako i ostatní změny, i celkové psychomotorické zpomalení může probíhat v souvislosti s onemocněním seniora – pokud je nemocí poškozen mozek, cévní zásobování či pohybový aparát, vždy se to odráží ve větším či menším měřítku i v celkovém zpomalení organismu.

### 1.1.3 Změny paměti a myšlení

V období stáří bývá zhoršena především **krátkodobá paměť**, ta **dlouhodobá** zůstává téměř zachována – některé zdroje dokonce uvádějí i možnost jejího zlepšení.

Vágnerová (2007, str. 325) hovoří o nárůstu **reminiscencí**, což jsou vzpomínky, o jejichž vybavení člověk aktivně neusiloval. Tato schopnost zřetelně narůstá po 60. roce života. Vzpomínání, ať už vědomé či nevědomé, je činnost, kterou se rád zabývá snad každý ze seniorů. *„Není jednoznačné, zda se ve stáří skutečně objevuje zlepšení staropaměti, nebo zda snížení možnosti kontroly vyvolává dojem zlepšení. Také zde je nutné přičítat velký význam motivaci. Starý člověk se raději zabývá průběhem svého života, také vzpomínkami na staré časy, ale ztrácí zájem o současné události.“* (Dörner, K., Plog, U., 1999, str. 251). O subjektivním významu vzpomínek při jejich vybavování hovoří také M. Jobánková a kol. (2003, str. 116): *„Starší vzpomínky zůstávají zachovány, ale mohou být emočně i obsahově zkresleny. Minulé věci bývají často nadhodnocovány, posuzovány výhradně kladně.“*

Dle Vágnerové (2007, str. 324-326) spočívá hlavní problém v schopnosti **vybavení si** uložených informací. Tato bývá různě narušena, může být zpomalena či v určité oblasti i zablokována, např. pod vlivem stresu. Starší události jsou jinak zpracovávány než ty novější, proto se může zdát, že ty starší si senior vybavuje snáze. Jsou také v průběhu života častěji vybavovány, a tím způsobem i posilovány. Záleží hlavně na dřívějších zkušenostech a dříve získaných obecných znalostech a vědomostech (tzv. sémantická paměť) starého člověka, jejichž dostatek může kompenzovat problémy s aktuální pamětí.

Dle stejného zdroje má starý člověk též problémy s **prospektivní pamětí**, která je spojená s plánováním a řízením budoucí činnosti. Pro starší občany bývá těžké si vybavit plánované aktivity (např. co kdy nakoupit, kdy mají jít k lékaři apod.), ale i dodržet jejich časové vymezení. Důvodem k tomuto zhoršení jsou změny v prožívání a hodnocení času ve stáří (viz kapitola *Změny v prožívání času*).

V **kognitivní oblasti** probíhá v období stáří mnoho změn. J. Křivohlavý (2002, str. 142-143) uvádí následující:

- obtíže v přijímání nových podnětů
- oslabení schopnosti tvořit nové spoje (spojit naučené s novým)
- snížení adaptability (přizpůsobení se novým věcem)
- snížení flexibility (schopnosti měnit zažitý způsob života)
- snížení schopnosti přepracovat osvojené vzory chování a pevně zaujímané postoje
- zvýšení fixace (soustředění se na dřívější informace)
- zvýšení integrace (zažité postoje)

Z těchto závěrů usuzuje Křivohlavý na platnost obecnějšího zákona gerontologické psychologie, a sice, že v období stáří **převažuje asimilace nad akomodací**, což znamená, že starý člověk spíše organizuje a transformuje nové zkušenosti dle vzorců získaných v minulosti. Přijímání nových kognitivních schémat či změna těch dosavadních mu činí s přibývajícím věkem větší potíže.

#### 1.1.4 Inteligence

Změny v oblasti inteligence u seniorů byly již v minulosti podrobněji zkoumány. Vzhledem k tomu, že skutečný stav intelektu byl často překryt ostatními změnami, jako například zhoršením paměti a vybavování si informací, celkovým zpomalením reakcí apod., byly výsledky často nejednoznačné a klasickými testy těžko zjistitelné. Větší jasno do této otázky vneslo až rozlišení tzv. **fluidní a krystalické inteligence** (Křivohlavý, J., 2002, s. 141-142).

*„Fluidní inteligencí se rozumí schopnost poměrně rychle se učit a řešit rychle dané úkoly, případně řešit úkoly blízké běžné praxi, v nichž převažuje tzv. senzomotorická činnost.*

*Krystalickou inteligencí se rozumí schopnost řešit úkoly, k nimž je třeba bohatých podkladových znalostí a vědomostí (celoživotního vzdělání). Jde obvykle o úkoly, které jsou verbální (slovní povahy), jejichž výsledky se vyjadřují slovy.“ (c.d., s. 142).*

Vágnerová (2007, s. 328 – 329) k této problematice uvádí, že ve stáří dochází k úbytku hlavně v oblasti fluidní inteligence, což je způsobeno především změnou fyziologických funkcí CNS. Tento úbytek se však nemusí v průběhu normálního života nijak nápadně projevit – projevuje se většinou v naprosto nových situacích, do nichž se senioři příliš často nedostávají. Naproti tomu krystalická inteligence zůstává u starších lidí relativně dlouho zachována, což lze soudit z faktu, že většina z nich používá zažitá vzorce, strategie i naučená řešení známých situací.

Z uvedených zdrojů vyplývá, že intelektové schopnosti v období stáří jsou závislé na míře naučeného v průběhu života a také na stupni inteligence. „*Ukázalo se, že zde má stáří obecně nepatrný vliv na výkon a u lidí s vyšší inteligencí se snížení výkonu v slovníkových testech nedá prokázat (jinak je tomu u lidí s celkově nižší inteligencií úrovni)*“ (Křivohlavý, J., 2002, s. 142).

### 1.1.5 Změny v emocionální a citové oblasti

Jelikož se ve stáří projevují změny v každém aspektu života jedince, emocionální a citová oblast není výjimkou. Není pochyb, že veškeré, většinou negativně vnímané, proměny člověka v tomto období života mají vliv na jeho emocionalitu. Psychické, sociální i somatické faktory se ve svém působení sčítají i ovlivňují, a proto jsou změny v emocionální a citové sféře stejně individuální, jako změny v každé ze zmiňovaných oblastí. M. Venglářová (2007, s. 12) uvádí jako jednu ze základních psychických změn **emoční labilitu**. V praxi se lze také setkat s jevem, který bývá nazýván **„emoční inkontinence“**. Ta se projevuje např. neovladatelnými výbuchy pláče či smíchu, nepřiměřenými podnětům, které je vyvolaly.

Uvedené projevy jsou však jen vnějšími znaky emocionality člověka, dle kterých by se dalo usuzovat, že citový a emocionální život seniorů je velmi bouřlivý. Bylo ale naopak zjištěno, že „*starší člověk prožívá mnohé životní děje poměrně méně bezprostředně.*“ (Křivohlavý, J., 2002, s. 144). Intenzita emocí se snižuje, aktuální události seniora již tolik nezaujímou. Někdy se díky tomu starý člověk stahuje příliš do sebe a až příliš silně vnímá vlastní problémy, což může vést k přecitlivělosti či hypochondrii. (Jobánková, M., et al., 2003, s. 116-117).

Zdánlivý **rozpor mezi emocionální labilitou** na jedné straně a **emocionálním zklidněním** až jakousi citovou oploštělostí na straně druhé je vysvětlován následovně: „V rámci stárnutí dochází ke dvěma, zdánlivě protikladným změnám: na jedné straně jde o celkové zklidnění, zmírnění a zpomalení, které se neprojevuje jenom v emočním prožívání, ale i v jiných oblastech psychiky. (Jednou z příčin snížení intenzity emočního reagování je nižší úroveň aktivace mozku.) Na druhé straně se zvyšuje dráždivost, citlivost na určité podněty nebo na jejich kumulaci, narůstá citová labilita a snižuje se odolnost k zátěži, což se může projevat obtížemi ve zvládnání takových situací. Uvedené změny nemusí vždycky vyplývat jen z věkem či chorobami podmíněného narušení některých funkcí CNS, ale mohou být důsledkem jiných somatických potíží (např. výkyvů krevního tlaku), které jsou ve stáří běžné. I když jde o změny, které nejsou zcela fyziologické, jejich četnost narůstá v tomto věku natolik, že je lze považovat za obvyklé.“ (Vágnerová, M., 2007, str. 335; citováno dle Labouvie-Vief, 2005).

Emoční prožívání i citový život každého ze seniorů je kromě jiného ovlivňován také jeho **osobnostními rysy a vlastnostmi**. Ty jsou poměrně stálé a v průběhu stárnutí se většinou zvyrazňují, dochází k jejich akcentaci. V praxi to vypadá tak, že jedinec, který byl většinu života společenský, extravertní a přátelský, si udržuje většinou dobré vztahy s lidmi i ve stáří a jeho emoční ladění bývá vyrovnané, směřující k pocitu pohody. Naproti tomu lidé, kteří už během života projevovali spíše sklony k uzavřenosti, neuroticismu, silnému vnímání vlastních problémů, náladovosti či negativnímu naladění, bývají i ve stáří s největší pravděpodobností emočně labilní a nevyrovnaní.

### 1.1.6 Celkový pokles vitality

Se změnami v citové oblasti úzce souvisí také změny v oblasti vitality starého člověka. Dá se říci, že citová vlažnost je vlastně odrazem **poklesu vitality**. Dřívější životní elán a svěžest jsou vystřídány únavou a ztrátou iniciativy. Někdy se pokles projeví pouze ve fyzické sféře, zatímco oblast duševní zůstává relativně nedotčena. I zde nacházíme velké interindividuální rozdíly. Se ztrátou celkové vitality můžeme u mnohých seniorů pozorovat i **pokles vůle a motivace**.

Významnou roli hraje zkrácení nebo **ztráta životní perspektivy** a vzrůstající osamělost. S přibývajícím věkem už často senior cítí, že nemá co plánovat, nemá s kým plánovat a nakonec nemá proč plánovat. Díky vidině blízké smrti nespřádá sny o budoucnosti a raději se obrací do své minulosti. Přitom ti ze starých lidí, kteří si uchovali schopnost plánování budoucnosti, mají také větší schopnost plně prožívat zážitky v přítomnosti. (Hermanová, M., 2007)

### 1.1.7 Nedostatečná adaptabilita

S postupujícím stářím se projevuje i u těch nejzdatnějších jedinců **snížení adaptačních schopností**. Dřívější odolnost vůči námaze klesá, různé fyzické i psychické zátěže se hůře snášejí, snižuje se iniciativa a vytrvalost.

*„Starý člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám a musí tak činit v době, kdy jsou jeho kompetence vlivem stáří (nebo i chorob) více či méně limitovány... Minulé zkušenosti nebývají pro řešení takových situací použitelné, jde o něco zcela nového, přinejmenším svou definitivností a neodvolatelností. Většina lidí není na období stáří nijak připravena, a proto leckdy reagují méně účelně.“* (Vágnerová, M., 2007, s. 305). Pro staré lidi je každá zásadní změna či zásah do navyklého způsobu života traumatizující událostí, a to dokonce i tehdy, když jde o změnu k lepšímu.

Uvádí se, že v podstatě existuje **pět základních způsobů**, jakými se senioři se svým stářím vyrovnávají (Jobánková, M., et al., 2003, s. 120-121; citováno dle Pacovský, 1990):

**a) Konstruktivnost** - člověk se smířil s faktem stárnutí a stáří, je soběstačný, realizuje přiměřené cíle a plány. Konstruktivně přistupuje k problémům stáří, bere život takový jaký je, má vysokou schopnost přizpůsobivosti a tolerance.

**b) Závislost** - je to strategie pasivity a závislosti. Představitelem je poměrně vyrovnaný jedinec, který se spoléhá na to, že druzí se postarají o jeho hmotné potřeby a že u nich nalezne také citovou oporu.

c) **Obranný postoj** - zaujímají jej lidé, kteří byli profesně i společensky úspěšní a nezávislí a kteří jsou i nadále na svou nezávislost hrdí. Odmítají pomoc a dokazují sobě i jiným, že je nepotřebují a že vlastně nejsou staří.

d) **Nepřátelství** - jako postoj je typické pro ty, kteří již v mladém či středním věku měli tendence svalovat své potíže a problémy na druhé. Dostávají se snadno do konfliktů, bývají neústupní, arogantní, manifestují podrážděnou mrzutost. Ke spokojeným, úspěšným, vyrovnaným a zejména mladým lidem jsou nepřátelští.

e) **Sebenávist** - trpí jí staří lidé tehdy, když svoji hostilitu obrátí vůči sobě a nikoliv vůči druhým. Podléhají pesimistickým náladám, cítí se zbyteční, což vede k pocitům lítosti, sebelitosti až k depresím. Na svůj předchozí život hledí kriticky a smrt chápou nezřídka jako východisko z neuspokojivé situace.

Tyto strategie se v praktickém životě modifikují nebo prolínají. Poznání převažujících postojů je nutné pro cílené zvládání či ovlivňování vyrovnávání se staršího člověka se změnami probíhajícími ve stáří. „*Vyrovnaní se předpokládá pomoc okolí, toleranci a trpělivost s člověkem, který se se změnou potýká.*“ (Venglářová, M., 2007, s. 13).

### 1.1.8 Změny v sebehodnocení a postoji k ostatním lidem

Pro staré lidi je typický **egocentrismus** a sklon zaměřovat pozornost na vnitřní problémy a subjektivní prožitky. V pokročilejším věku se lidé až ulpívavě zabývají sami sebou a okolní svět vnímají a posuzují pouze ve vztahu ke své osobě. Ubývá schopnosti vcítit se do stanovisek a postojů jiných lidí. (Hermanová, M., 2007). Jak již bylo zmíněno, všechny potíže spojené se stárnutím zvyšují nebezpečí chorobného sebelitování, hypochondrie a vůbec zveličování vlastních problémů a obtíží. Zvýrazňují se také některé negativní postoje, jako jsou např. závist, hašteřivost, nepřejícnost, bezohlednost, které musel člověk v aktivním středním věku tlumit. Tyto rysy většinou starého člověka ještě více společensky izolují.

I sebepojetí a postoj k ostatním se však u staršího člověka mění individuálně variabilním způsobem. Záleží také na tom, jaké **kompetence a role** dosáhl senior



v dřívějším životě. I když se v období stáří tyto kompetence mění či ztrácejí, mohou být pro daného člověka subjektivně velmi významné.

Dle Vágnerové (2007, s. 306 – 308) zůstávají významné minulé role a kompetence součástí **identity seniora**. Pro jeho sebepojetí jsou důležité zvláště ty, které potvrzovaly jeho kvality. Minulost tak používá starý člověk jako oporu sebeúcty. Velký důraz pak klade na ty kompetence, které si navzdory pokročilému věku ještě dokázal zachovat. „*Proklamování relativních kvalit v oblasti zevnějšku, tělesných i duševních kompetencí, sociální pozice apod. signalizuje, že tyto vlastnosti jsou subjektivně důležitou součástí sebepojetí. Dokonce i tehdy, jsou-li z objektivního hlediska zanedbatelné.*“ (c.d., s.307).

Jak dále uvádí Vágnerová, důležitou složkou identity starého člověka je rodina a místo, kde žije.

- **Rodina** - sebepojetí seniora je často úzce spjato a vylepšováno pozitivními vlastnostmi a úspěchy jeho dětí, které bere do určité míry jako svou zásluhu. Pokud se děti dokáží o svého starého rodiče postarat, je to dalším velmi významným krokem k posílení kladného sebehodnocení každého ze seniorů.
- **Teritorium** - prostředí, ve kterém žije, podmiňuje identitu každého člověka, seniory nevyjímaje. Tuto identitu ztrácí starší člověk např. při umístění v zařízení sociální péče. „Odchod do jakéhokoliv ústavního zařízení jej anonymizuje, což se mimo jiné projeví i ochuzením identity.“ (c.d., s. 307).

### 1.1.9 Změny v prožívání času

S věkem se mění i **subjektivní prožitek času**. Čím je člověk starší, tím více se subjektivně čas „krátí“. Rok je mladým člověkem prožíván jako dlouhá doba, ve stáří se pocítuje časový odstup několika let jako něco ne příliš vzdáleného od současnosti. Prožitek času úzce souvisí s úvahami o smyslu života a s myšlenkami na vlastní smrt.

Stáří je hlavně retrospektivní - člověk často vzpomíná, zaměřuje se na minulost, ohlíží se zpět a hodnotí uplynulý život. Toto hodnocení může být ovlivněno nejrůznějšími faktory: od zdravotního stavu, životních zkušeností, vzdělání, světonázorového postoje, dřívějších výchovných vlivů až po současnou aktuální sociálně psychologickou situaci. Proto také bývá výsledná citová reakce na prožitý život různá.

Jak uvádí Křivohlavý (2002, s. 144), důležitým úkolem pro starého člověka je **vyrovnání poměru mezi jeho retrospektivním a prospektivním pohledem** na život. Nutné je zachovat prospektivní hledisko, aby měl stárnoucí člověk stále pro co žít, aby měl plány do budoucna, které dodají jeho životu smysluplnost.

### **Dílčí závěry:**

*V období stáří dochází k postupným změnám ve všech sférách života člověka. Postihují jak jeho tělesnou schránku, tak jeho psychiku a sociální oblast žití. Tyto změny se vzájemně prolínají a ovlivňují, vykazují velkou variabilitu. U jednotlivých seniorů existují podstatné interindividuální a intraindividuální rozdíly, přesto však můžeme říci, že dříve či později jimi prochází každý stárnoucí jedinec.*

*V první kapitole jsou popsány zvláště změny psychické. Ty se dotýkají převážně oblastí sensoriky, psychomotoriky, paměti a myšlení či inteligence seniorů. Beze změn nezůstává ani jejich emocionální a citový život, jejich vitalita a adaptační schopnosti. V neposlední řadě zasahuje přibývajícím věkem i sebehodnocení starého člověka, jeho postoje k ostatním lidem či subjektivní prožívání času.*

*Dopad změn souvisejících se stárnutím a stářím na psychiku člověka může být velmi závažný, neboť: „Pro psychické zdraví je riskantní být starý, ani ne kvůli samotnému stáří, ale proto, že se množí problémy, které by ani v mládí nemusel přestát.“ (Dörner, K., Plog, U., 1999, s. 257).*

## 1.2 Základní sociální změny ve stáří

**Sociální změny** provázející stárnutí a stáří jsou do značné míry formovány celkovým **kulturním ovzduším** a vůbec **civilizací**, ve které člověk žije. Ani není třeba, abychom byli znalci historie či etnografie, abychom měli určitou představu o rozdílném vztahu rozličných národů a kultur dnes i v minulosti ke starým lidem, k jejich sociálnímu postavení.

Paradoxně se dá říci, že dokud nebylo příliš pravděpodobné, že se člověk dožije vyššího či vysokého věku, bylo stáří respektováno a ctěno. Na stáří bylo pohlíženo jako na něco velmi zvláštního až nadpřirozeného, starcům byla připisována moudrost a výjimečné schopnosti. Tzv. rada starších u Slovanů měla sice charakter ctěného stáří, ale tito „starci“ byli de facto padesátníci. (Hermanová, M., 2007).

V mnoha kulturách se ale objevoval negativní až surový vztah ke starým lidem, který byl spojován s faktem „ujídání ze společného talíře“. Doposud jej lze nalézt u některých primitivních kmenů, kde např. staré lidi v určitém věku rituálně zabíjejí. Tohle jsou spíše výjimečné případy, ale není tomu tak dávno, kdy i v civilizovaných zemích bylo stáří synonymem bídy, chudoby a zoufalství. Pro přestárlé, chudé a pro společnost zbytečné lidi byly již ve středověku zakládány chudobince, případně starobince, kde nemocný nebo starý člověk, neschopný se o sebe postarat, dožíval svůj život v podmínkách nepříliš důstojných.

Dnes se snažíme, aby sociální změny, provázející život seniora, neměly takový dopad, aby nekončily sociální izolací a osamělostí starého člověka. I v této době se však nevyhneme určitým negativním rysům ve vztahu společnosti ke starším lidem. Současná technická civilizace jako by byla budována mladými pro mladé. Na nejvyšším stupni žebříčku ideologie společnosti je výkon, soutěž a konkurence, což není psychologicky a sociálně příznivé pro starší a staré lidi s jejich změnami v tělesné a psychické oblasti. Tyto společenské hodnoty a postoje u starého člověka vytvářejí pocity zbytečnosti a méněcennosti.

Stáří je podle Eriksonovy periodizace obdobím **integrity**, kdy starý člověk hodnotí svůj uplynulý život, kdy dochází k dosažení moudrosti a smíření. Jeho integritu však ohrožují právě ony změny a ztráty, přicházející ve stáří. „*Které hlavní nebezpečí ohrožuje dosažení integrity? Eriksonova odpověď zní: zoufalství. Ztráty, které s sebou stáří nese, hrozící bezmoc, samota a bolest, umírání a smrt, ale i vědomí osudových chyb, které jsme udělali, zmařených šancí, které se nikdy nevrátí, - to vše na starého člověka občas zaútočí a je možno tomu podlehnout.*“ (Říčan, 2007, s. 164).

Je proto našim úkolem poznat a pochopit ony přirozené a nevyhnutelné změny v sociální sféře života člověka, abychom mohli pomoci starému člověku se s nimi vyrovnat, abychom jej mohli doprovázet právě na cestě k integritě.

Nejvýraznějšími a nejzávažnějšími změnami v sociálním životě starého člověka jsou především **změny sociálních rolí a změny ekonomických a hmotných poměrů**.

### 1.2.1 Změny sociálních rolí

Penzionováním a stárnutím dochází k výrazným změnám ve **společenských rolích** člověka. Jsou to zvláště role pracovníka, role rodinného příslušníka, role manžela a přítele, které jsou nevíce dotčeny nastupujícím stářím.

#### • **ROLE PRACOVNÍKA**

Sociální postavení dospělého člověka velmi úzce souvisí s jeho zaměstnáním, neboť nejproduktivnější třetinu života strávíme v pracovní činnosti. Povolání se často stává pro většinu lidí v aktivním věku přímo smyslem jejich existence. Tento posun vnímáme zvláště u těch lidí, jejichž děti už odrostly a osamostatnily se. Tehdy role pracovníka vytlačuje do pozadí roli rodičovskou. Se stářím je však spojený pokles fyzických a psychických sil, který postupně mění u staršího člověka jeho společenský a odborný význam v zaměstnání.

Pro seniora je dobré udržet si zaměstnání a aktivitu co nejdéle, ale je důležité se na postupný odchod na odpočinek připravovat. Pokud starý člověk příliš dlouho setrvává navzdory probíhajícím fyzickým a psychickým změnám na své pracovní pozici, pro kterou již nemá dostatečné kompetence, mohou se u něj projevovat některé vlastnosti, které znehodnocují výkon staršího člověka v pracovním procesu – např. neschopnost stačit rychlému pracovnímu tempu, malá elastičnost, snadná unavitelnost, nedostatek tolerance apod. Pokud však to povaha pracovní pozice dovoluje, mohou se naopak u zaměstnaného seniora projevit i pozitivní vlastnosti - vyrovnaný výkon, svědomitost, přesnější plnění povinností, vyšší pocit odpovědnosti. Veliké zkušenosti spolu s odborností a s rutinou mohou po dlouhou dobu vyrovnávat úbytek sil. Záleží na povaze profese, které z uvedených vlastností nejvíce vyniknou.

Psychicky bolestným až depresivním okamžikem pro staršího člověka často bývá **přechod z aktivního zaměstnání do důchodu**. Pro mnohé seniory znamená penzionování společenský a osobní zlom a silný citový otřes. *„Odchod do důchodu je důležitým momentem, hlavní událostí v životě, přechod, zlom, který označuje konec jednoho období a počátek dalšího období. Vyrovnat se s touto chvílí není vždycky snadné, protože je plná nejistot. Je to podobné jako v dospívání: nelze se už upínat na minulost a zároveň nevíme, co přijde v budoucnosti. Rozdíl je však v tom, že dětství a dospívání připravují člověka na dospělost, kdežto důchod představuje pro mnoho lidí odchod ze života dospělých a vstup do stáří, přiřazení ke skupině starých lidí, blízkost smrti...“* (Pichaud, C., Thareauová, I., 1998, s. 27).

Po vstupu do důchodu se zpravidla radikálně změní okruh známých, člověk je izolován od svých dlouholetých přátel, od lidí, kteří mu byli dlouhá léta spolupracovníky. Do jisté míry tak může mít pocit společenské degradace, úzkosti, deprese, obavy z budoucnosti, ze zhoršení finanční situace a stavy bezradnosti nad nadbytkem volného času. Situace je zhoršena i faktem, že adaptační schopnosti staršího člověka jsou sniženy. A tak často *„...musí důchodce sáhnout skutečně až na dno svých sil, aby přechod do důchodu zvládl bez újmy na psychickém a potažmo i tělesném zdraví. Výzvy odborníků k odpovědné a včasné přípravě na stáří a tudíž i na odchod do penze jsou zatím málo praktikovány.“* (Haškovcová, H., 1989, s. 114).

- **ROLE RODIČE**

K sociálním změnám dochází u staršího člověka také v **rodinných vztazích**. Hlavní změny jsou patrné v posunu či výměně rolí s vlastními dětmi. Doléhající problémy stáří se stávají příčinou citové lability a snadné zranitelnosti seniorů. Stává se tak, že starý rodič ztrácí částečně svou autoritu v rodině a dostává se do určitého stavu **závislosti** vůči svým dětem. Jde-li o nemocného starého člověka, který je odkázán na pomoc vlastních dospělých dětí, může pocit závislosti vyústit až v konflikty a trýznivé prožitky. Staří lidé těžko snášejí, když je narušována jejich vlastní **intimita**.

Pro vztahy mezi rodiči a dětmi a zachování či narušování intimity je důležitá tzv. **teritoriální vzdálenost** (Vágnerová, M., 2007, s. 385). Pokud je mezi bydlištěm rodičů a dětí příliš velká vzdálenost, je tím omezený i kontakt a sdílení běžných záležitostí života. Pokud je ale tato vzdálenost příliš těsná, je to většinou na úkor autonomie obou generací. Nejpříjemnějším řešením tohoto rozporu je tzv. **intimita s odstupem**: bydlet samostatně, ale v komunikační blízkosti svých dětí a vnuků. V naší společnosti v současné době nežijí většinou staří rodiče s dospělými dětmi ve společné domácnosti, ale většina z nich bydlí relativně blízko sebe. To je však možné jen při praktické soběstačnosti starého člověka. Jestliže se starý člen rodiny stává trvale neschopný žít samostatně, vyvstávají značné problémy.

V souvislosti se všemi uvedenými tělesnými a psychickými změnami probíhajícími ve stáří se valná většina seniorů s postupujícím stářím dostává do fáze snížené soběstačnosti. „ *Pro tuto fázi bývá typický intrapsychický konflikt mezi potřebou citové jistoty v rámci rodiny a snahou nezatížit ji vlastní nemohoucností a raději akceptovat profesionální pomoc. Narůstá potřeba uchovat si přijatelnou sebeúctu i v situaci, kdy už si nelze udržet úplnou autonomii. Rodiče – senioři prožívají jako své ponížení, když musí svým dětem přiznat, že něco nezvládnou, v souvislosti s tím se mohou objevit depresivní rozlady.* “ (c.d., s. 391).

Nejbližší rodinní příslušníci se ale o nesoběstačného člověka často postarat z nějakých důvodů nemohou anebo nechtějí. Potom je situace řešena využíváním sociálních služeb, při těžké závislosti seniora na službě pak přijetím do rezidenčního zařízení sociální péče. Osamocení starého člověka se zvyšuje, může si připadat odložený, nepotřebný, zbytečný. Při tak velké životní sociální změně je třeba, aby mu byla po dobu adaptace na nové podmínky věnována zvýšená pozornost jak personálem, tak rodinnými příslušníky.

- **ROLE MANŽELA A PŘÍTELE**

Charakteristickým sociálním rysem stáří je také **generační osamocení**. Čím je člověk starší, tím je generačně osamocенější: známí a příbuzní - vrstevníci - umírají. Nejtěživěji je prožívána **ztráta životního druha či družky**.

Často manželská dvojice žije ve stáří spíše jen sama pro sebe, pečují vzájemně o sebe ve svých nemocech, sdílejí svoji intimitu, jejich vzájemná závislost se zvyšuje a tím narůstá jejich společenská izolovanost. Teprve po smrti jednoho z nich dolehne tato skutečnost na druhého v celé své tíži. Partnerova smrt bývá ve stáří jednou z nejtěžších ztrát, se kterou se senior v tomto období musí vyrovnávat. „*Úmrtí manžela nebo manželky v sobě zahrnuje mnoho dalších ztrát. Bezpečí, radost, přítomnost partnera, se kterým jsme společně rozhodovali a vedli domácnost, mizí s milovanou bytostí.*“ (Pichaud, C., Thareauová, I., 1998, s. 30). V takových případech můžeme někdy být svědky toho, že pozůstalý manžel rychle chřadne, nemá chuť dále žít a skutečně ve velmi krátké době umírá.

Ztráta celoživotního partnera ve stáří je téměř nenahraditelná a ovlivňuje všechny složky života staršího člověka (Vágnerová, M., 2007, s. 377, citováno dle Kubičková, 2001):

- Ztráta smyslu života a důležité složky identity – zvýšení pocitu ohrožení, prázdnoty a osamělosti.

- Zhroucení struktury navyklého denního režimu – ztráta motivace ke každodenní činnosti.
- Zborcení perspektivy společné budoucnosti a plánů.
- Zhoršení ekonomické situace - zdroj stresu, zejména u žen, které mívají menší důchody.

Ovdovění vede k osamělosti, ke zvýšení pocitu osobní bezvýznamnosti, silné sociální izolace. Zemře-li osamocenému starému člověku blízký přítel, bývá to někdy podobné. I ve stáří sice člověk navazuje nová přátelství (například v zařízeních sociální péče), většinou to však není tak blízký vztah jako s těmi osobami, se kterými se znal už v mladších letech, se kterými má společné vzpomínky.

### 1.2.2 Změny ekonomických a hmotných poměrů

Jednou z největších obav, pronásledujících stárnoucí občany, je obava z **nedostatečného hmotného zabezpečení** ve stáří.

Je-li člověk zvyklý za celý svůj život na určitý životní standard, na pravidelný přísun financí nastavený na jistou úroveň, těžce se potom vyrovnává s jeho náhlou změnou. V dnešní době, kdy si někteří lidé bez problémů vydělají v pracovní činnosti částky často vysoko překračující maximální výši důchodu, tahle obava z velké životní sociální změny je opodstatněná. Finanční zajištění v penzi je u takových seniorů nízké pod dosavadním standardem, proto není divu, že tento skok penzisté těžce nesou. I když se žádný z nich nedostane pod státem stanovené životní minimum, přesto je to však silně stresující záležitost, která příliš nepřispívá k adaptaci na stáří. Zároveň s finanční situací se mění **sociální status** člověka, jeho sebehodnocení i hodnocení ostatními lidmi. V rámci dlouhodobé přípravy na stáří je proto velmi vhodné myslet na budoucí finanční zajištění, například formou penzijního připojištění.



Dalším projevem změny ekonomických a hmotných poměrů starého člověka je **ztráta vlastního obydlí**. Pokud musí senior opustit např. dům, ve kterém prožil celý život (ať už z ekonomických důvodů či pro značný úbytek kompetencí a soběstačnosti), je to pro něj zkušenost velmi stresující, zátěžová, se kterou se jen velmi těžce dokáže vyrovnat. „*Stáří lidé odcházejí do různých zařízení sociální péče tehdy, když se samota stane nesnesitelnou, když doma všechno bezpečně nezvládnou nebo když se o ně jejich děti bojí. Ve většině případů si uvědomují, že je to do konce života... Opustit svůj dům nebo byt znamená rozloučit se s minulostí, se vším, co tvořilo dosavadní život. Dům, ve kterém prožili pár desítek let, kde se narodily jejich děti, tento dům musí opustit...*“ (Pichaud, C., Thareauová, I., 1998, s. 31).

Problém **přiměřeného bydlení** je jedním z nejdůležitějších sociálních problémů stáří. Své dosavadní bydliště starý člověk neopouští pouze z ekonomických důvodů, bývá to také nezřídka z důvodu zhoršení jeho zdravotního stavu.

Tuto situaci je možné řešit různými způsoby, všechny však souvisejí s částečným nebo úplným narušením intimity člověka. Jsou to následující formy pomoci:

1. Pomoc rodiny
2. Využití pečovatelské služby
3. Denní pobyt v denních stacionářích
4. Umístění v domech s pečovatelskou službou
6. Umístění v rezidenčním zařízení sociální péče

Je-li starý člověk nucen se přestěhovat ze svého dosavadního bydliště, vždy to zanechává větší či menší stopy na jeho psychice. Často se lze u institucionalizovaných seniorů v praxi setkat s projevem tzv. **vykořenění**, tj. neschopnosti vyrovnat se s touto změnou. Velmi silně se projevuje zvláště u osob, které celý svůj dosavadní život žily na venkově či na samotě, ve vlastním domku s vlastním hospodářstvím, a setrvaly tam až do naprosto nevyhnutelného odchodu, většinou kvůli ztrátě soběstačnosti.

Jednou z nejdůležitějších povinností sociální pracovnice v zařízení sociální péče je psychologická podpora a pomoc právě ve fázi adaptace na nové prostředí. Vyžaduje často maximální úsilí.

Výhody i nevýhody trvalé ústavní péče jsou dostatečně známy. Je však třeba zdůraznit, že domovy pro seniory i další typy sociálních zařízení jsou nedílnou součástí péče o staré lidi, jejich charakter by však měl být doplňkový. V současné době probíhá v celém systému sociálních služeb výrazná transformace, jejímž cílem je podpořit zvláště domácí péči a využití terénních sociálních služeb. ( Haškovcová, H., 2004, s. 47).

### **Dílčí závěry**

*Změny psychických i tělesných funkcí, probíhajících v období senia, bývají provázeny stejně závažnými změnami sociálními. Bezprostředně se dotýkají života člověka a mění jej způsobem, se kterým se jen stěží dokáže vyrovnat.*

*Nejvýraznějšími sociálními změnami stáří jsou změny sociálních rolí, a to především role pracovníka, role rodiče a role manžela či přítele. S postupnou změnou či úplnou ztrátou na poli těchto rolí rostou u seniorů pocity osamělosti a faktická sociální izolace.*

*S penzionováním, ztrátou životního partnera a úbytkem kompetencí úzce souvisí také změna ekonomických poměrů a hmotného zabezpečení seniorů. Tyto změny výrazně poznamenávají jak kvalitu života starého člověka, tak jeho budoucí směřování. Často vyúsťují v nutnost využití sociálních služeb, v těch nejzávažnějších případech v odchod do zařízení sociální péče.*

*M. Vágnerová k tomuto tématu poznamenává: „ Starší člověk se musí neustále přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám a musí tak činit v době, kdy jsou jeho kompetence více či méně limitovány.“ (2007, s. 305). Adaptace na sociální změny, stejně jako na ty tělesné či psychické, je pro starého člověka velmi náročná.*

*Zde nalézáme prostor pro sociálně-pedagogické působení, jako cestu k pomoci seniorům ve zvládnání tohoto složitého životního úkolu..*

## 2. POPIS SOCIÁLNĚ-PEDAGOGICKÉHO PŮSOBENÍ V DOMOVĚ PRO SENIORY A DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM PRO OSOBY S DEMENCÍ VE VYŠKOVĚ

**Domov pro seniory** a **Domov se zvláštním režimem pro osoby s demencí** ve Vyškově jsou součástí příspěvkové organizace Sociální služby Vyškov, p.o., která zajišťuje kromě uvedených dvou služeb ještě také Domov se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním a Denní stacionář pro osoby se zdravotním postižením.

Během několikaleté praxe v uvedených dvou typech služby, které jsou určeny pro seniory, jsem měla možnost proniknout do praktických **způsobů sociálně-pedagogického působení při poskytování sociálních služeb v rezidenčním zařízení sociální péče.**

Poskytování sociální pomoci, řešení sociálně právních problémů a poradenství, obstarávání nebo pomoc při vyřizování osobních záležitostí uživatelů, zajišťování základních výchovných služeb, sestavování individuálních plánů rozvoje osobnosti uživatele, kulturní a zájmová činnost, aktivizační činnosti (pracovní dílna, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností), sociálně terapeutické činnosti, kulturní a společenské akce apod. – to vše jsou činnosti nabízené zařízením, které vycházejí ze **zákona o sociální péči** (Zák. č. 108/2006 Sb.) a jsou v souladu se **standardsy kvality poskytování sociálních služeb** (Vyhláška č. 565/2006 Sb.) a **Národním programem přípravy na stárnutí** (Usnesení vlády ze dne 9. ledna 2008 č. 8)..

Tyto sociálně-pedagogické aspekty práce se seniory v uvedeném zařízení se pokouším shrnout v následující části své práce. Kromě popisu aktivizačních, výchovných a terapeutických činností nabízených v zařízení se v další části budu zabývat i shrnutím výsledků průzkumu vlivu sociálně-pedagogického působení na průběh změn probíhajících ve stáří.

## 2.1. Základní informace o zařízení, popis služeb

### 2.1.1 Poslání, principy a cíle zařízení

#### ***Poslání:***

Posláním **Domova pro seniory** je poskytnout komplex pobytových sociálních služeb osobám, žijícím v regionu Vyškov, které dosáhly minimálně věku rozhodného pro přiznání starobního důchodu nebo starším 60 let, které byly uznány invalidními.

Poslání **Domova se zvláštním režimem pro osoby s demencí** je stejné jako u Domova pro seniory, týká se však těch seniorů, kteří trpí stařeckou, Alzheimerovou nebo jinou formou demence.

#### ***Zásady poskytování služby:***

- **zachování lidské důstojnosti** uživatelů
- přizpůsobování poskytovaných služeb **individuálním potřebám** uživatelů
- **podpora samostatnosti** uživatelů
- **podpora sociálního začlenění** uživatelů
- služba je poskytována **v zájmu osob**
- **dodržování lidských práv a základních svobod** uživatelů
- **respektování svobodné volby**

#### ***Cíle poskytované služby:***

- Poskytovat cílové skupině uživatelů komplex služeb dle zákona 108/2006 Sb.
- Zajišťovat podmínky pro **důstojné a aktivní prožití života** ve stáří
- Podporovat uživatele při **uplatňování vlastní vůle a vlastních rozhodnutí**
- Pomáhat uživatelům **zachovat si kontakt se společenským prostředím** – okolím, příbuznými, rodinou a známými
- Umožňovat uživatelům **využívat místní instituce**, které poskytují služby veřejnosti, **zůstat součástí přirozeného sociálního prostředí**
- Pečovat o zdraví a pohodu uživatelů a pomáhat **udržovat jejich soběstačnost**
- Uspokojovat **individuální potřeby** uživatelů a poskytovat služby dle standardů kvality sociálních služeb

## 2.1.2 Komplex nabízených služeb:

V souhrnu nabízených služeb uvádím jen ty, které se dotýkají sociálně-pedagogického působení. Záměrně vynechávám ty služby, které souvisejí s ubytováním a stravou, s poskytováním zdravotní péče apod., protože nesouvisejí s tématem práce. Služby nabízené zařízením dle Smlouvy o poskytování služby jsou následující:

- a) **Podpora při zvládnutí běžných úkonů péče o uživatele** v rozsahu úkonů uvedených v Plánu obslužné péče (vypracovaném spolu s uživatelem na základě jeho zjištěných potřeb a objednávky služby).
- b) **Podpora při osobní hygieně** v rozsahu uvedeném v Plánu obslužné péče (vypracovaném spolu s uživatelem na základě jeho zjištěných potřeb a objednávky služby).
- c) **Zprostředkování kontaktu** – zajištění požadované služby, která není poskytována poskytovatelem (zprostředkované a doplňkové služby: duchovní služby, kadeřnictví, holič, pedikúra, kantýna aj.)  
Pomoc při navázání kontaktu s rodinou, pomoc při zajištění sociálních služeb jinými poskytovateli apod.
- d) **Nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, rozvoj soběstačnosti formou aktivního nácviku, účasti při pracovní terapii a účasti na společenských aktivitách pořádaných zařízením.**
- e) **Podpora při organizaci volnočasových a zájmových aktivit, umožnění účasti na terapeutických činnostech** - např. různé dílny, hry, výlety, cvičení v rámci prevence aj.
- f) **Podpora při obstarávání neodkladných osobních záležitostí a uplatňování práv a oprávněných zájmů, zprostředkování kontaktu s veřejnými institucemi, jinými organizacemi či občany.**

Služby jsou v zařízení poskytovány celoročně dle individuálních potřeb na základě Smlouvy o poskytování sociální služby. Všechny služby jsou poskytovány při zachování přirozené vztahové sítě, respektování práv a lidské důstojnosti každého uživatele.

### 2.1.3 Provozní podmínky

Domov pro seniory je umístěn ve dvou šestipodlažních budovách panelového typu (budova A – mimo třetí patro, budova B). Budovy jsou spojeny společnou jídelnou s přistavěným stravovacím provozem (budova C).

V 1. patře budovy C jsou kancelářské prostory.

V každém NP jsou 4 byty s 2-4 pokoji, WC a umyvadlem. Dále jsou v každém podlaží dva bezbarierové sprchové kouty, jídelna - čajová kuchyně (voda, vařič, kuchyňská linka, stůl, židle) a společenská místnost.

V 5. patře budovy A je umístěno oddělení pracovní terapie. Ve 3. patře budovy A je umístěno samostatné oddělení Domova se zvláštním režimem pro osoby s demencí. Provoz Domova se zvláštním režimem jako samostatného oddělení byl zahájen v roce 2005. Uživatelé mají možnost využívat celý areál a všechny služby Domova pro seniory.

V obou budovách jsou zřízena ošetrovatelská oddělení.

#### **Ubytování a kapacita:**

**Tab. 2: Domov pro seniory - kapacita**

Typ pokojů	Počet pokojů	Kapacita uživatelů
- jednolůžkové	39	39
- dvoulůžkové	54	108
<b>Celkem</b>	<b>93</b>	<b>147</b>

**Tab. 3: Domov se zvláštním režimem pro osoby s demencí - kapacita**

Typ pokojů	Počet pokojů	Kapacita uživatelů
- jednolůžkové	2	2
- dvoulůžkové	9	18
<b>Celkem</b>	<b>11</b>	<b>20</b>

## 2.2 Popis výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti nabízené v zařízení

Veškerá práce s uživatelem služby se v zařízení provádí na základě **individuálního plánování služby**. Při něm jsou brány v úvahu právě specifika jednotlivých klientů, jejich potřeb a přání, dosavadních životních zkušeností, jejich osobnostních rysů, stadia zachování kompetencí v jednotlivých oblastech, aktuálního zdravotního i psychického stavu, jejich sociálních vztahů apod.

### 2.2.1 Individuální plánování služby

Individuální plánování služby je stále se vyvíjejícím procesem, proto na něm všichni pracovníci zařízení neustále pracují, zdokonalují jej a přizpůsobují potřebám uživatelů. Je zaveden institut **klíčového pracovníka**, který je uživateli přidělen - ten má za úkol aktivní spolupráce s uživatelem, všímání si změn probíhajících v jeho životě, sestavování individuálního plánu služby, „šitého na míru“ konkrétnímu uživateli.

V zařízení je zpracován metodický pokyn, ve kterém je popsán způsob individuální práce s uživatelem včetně stanovení, kdo je zodpovědný za kterou část procesu. (MP 7/2007).

Cílem individuální práce s uživatelem je poskytovat mu takovou péči, kterou již není schopen zajistit si sám, **udržet jeho dosavadní schopnosti a dovednosti a dále jej postupně resocializovat (tzn. pomáhat mu znovu se zapojovat do společenského a aktivního života v komunitě).**

Základním předpokladem pro individuální práci s uživatelem a stanovení jeho cílů je hlubší znalost jeho osoby, pravidelné schůzky a rozhovory. Zjišťování cílů, přání a potřeb uživatelů je prováděno v souladu s jejich individualitou a osobností. Bere se v úvahu jejich aktivita či pasivita, zdravotní stav a schopnosti, komunikační omezení apod. Na základě podrobné znalosti osobnosti uživatele se volí způsob plánování služby.

Pokud má uživatel ze zdravotních důvodů **problémy s komunikací**, pracovníci se zaměřují na komunikaci paraverbální a neverbální, pohyby rukou a těla. Z těchto projevů lze vyčíst, je-li uživatel spokojený nebo nespokojený, co je mu příjemné či nepříjemné, jaké podněty jsou pro něj vhodné. I takovéto poznatky jsou uváděny v dokumentaci a při příští práci se pracovníci zaměřují zvláště na takové chování, které je pro něj vhodné.

Jsou zjišťovány **osobní cíle, přání a tužby** klientů a na těch se potom pracuje metodou **psychosociální rehabilitace**. Pokud je při rozhovorech s uživatelem zjištěn konkrétní cíl, sociální pracovníce a klíčový pracovník společně s uživatelem navrhuje řešení dané situace a sestaví dlouhodobý plán, ve kterém si jasně stanoví cíl. Na základě dlouhodobého plánu se dále zpracovávají specifické krátkodobé plány a plánují se kroky, které jsou pro jeho dosažení potřebné.

### 2.2.2 Metody a způsoby poskytování výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti zabezpečují v zařízení **sociální pracovníce, instruktorky sociální péče a pracovníce sociální péče pro výchovnou činnost**, mezi uživateli známé jako tzv. společnice.

Na každém oddělení pracují stále pracovníce, aby byla zajištěna hlubší znalost osobnostních vlastností a specifik jednotlivých klientů. Také se díky stálým pracovnícům a vzájemné znalosti pracovníků a uživatelů prohlubuje důvěra mezi klienty a pracovníci, což v konečném důsledku zvyšuje kvalitu poskytování služeb v zařízení.

#### **Cílem výchovné činnosti je:**

- Vést uživatele k co největší samostatnosti a soběstačnosti
- Rozvíjet a udržovat rozumové schopnosti, komunikační a praktické dovednosti
- Zajišťovat podmínky pro důstojné a aktivní prožití života ve stáří



- Podporovat uživatele při uplatňování vlastní vůle a vlastních rozhodnutí
- Pomáhat uživatelům zachovat si kontakt se společenským prostředím – okolím, příbuznými, rodinou a známými
- Umožňovat uživatelům využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti, zůstat součástí přirozeného sociálního prostředí
- Uspokojovat individuální potřeby uživatelů a poskytovat služby dle standardů kvality sociálních služeb

### **Způsoby výchovné a aktivizační činnosti:**

Při práci s uživateli služeb se personál zaměřuje zvláště na jejich zachované schopnosti a dovednosti. Těch pak využívá při **aktivizaci**, a snaží se je udržet a rozvíjet v co nejvyšší možné míře. Důraz je tak kladen ne na pouhou péči o seniory, která spočívá v poskytování jim těch služeb, které si již vzhledem ke změnám tělesným i psychickým nezvládnou zaopatřit sami, ale hlavně na **podporu a využití zachovaných kompetencí** uživatele.

**Nácvik soběstačnosti, procvičování paměti a myšlení, rozvíjení hrubé i jemné motoriky** – to vše je velmi významnou aktivitou v denním životě seniorů v zařízení. Je to kostrou práce celého týmu pracovníků přímé péče, nejen sociálních pracovníků a pracovníků sociální péče pro výchovnou činnost, ale potažmo všech pracovníků, kteří s uživatelem přijdou do styku. Tento stěžejní úkol aktivizace se prolíná každou činností, i tou zdánlivě nejprostší a nejvšednější, která je s konkrétním uživatelem služby prováděna.

Jednou z možností, jak využít volný čas seniorů v zařízení, je práce v **dílnách pro zájmovou činnost**. Dílny jsou zde dvě - pro ruční práce a keramiku. Průměrně se denně zapojuje asi 15 uživatelů. Dvakrát ročně je organizována prodejní výstava keramiky a ručních prací uživatelů domova.

V zařízení i mimo něj jsou pro uživatele organizovány **kulturní, zájmové a jiné společenské akce** - hudební vystoupení, besedy s pracovníci z knihovny či s psychologem, divadelní, taneční, kabaretní aj. představení, návštěvy divadel, taneční zábavy, vycházky do města, včetně účasti vozíčkářů, výlety, aj.

Mimo tyto aktivity provádějí denně pracovnice **pracovně - výchovnou činnost také na oddělení a na pokojích uživatelů** (společenské hry, procvičování manuální zručnosti a paměti, společné zpívání, poslech, četba, diskuze apod.). Také spolupracují s fyzioterapeutkou – provádí **jednoduché kondiční cvičení** uživatelů pod jejím vedením, včetně nácviku chůze a **vedení k soběstačnosti**.

Pravidelně jsou v zařízení organizovány **schůzky s uživateli**. Na těchto schůzkách je vymezen prostor pro připomínky, názory, požadavky a přání uživatelů. Jsou vedeny formou besed, na kterých se mimo aktuální informace o provozu zařízení dozvídají uživatelé také novinky ze světa kultury, politického dění, společnosti apod. Cílem těchto schůzek je předat uživatelům aktuální informace, pomoci jim adaptovat se na prostředí, orientovat se ve veškerém dění a zapojit se do společenského života zařízení. Na těchto schůzkách se též uplatňují prvky **reminiscenční terapie**, kdy uživatelé volně vzpomínají na určité téma. Reminiscence jednoho uživatele vyvolávají vzpomínky těch ostatních a tak se u všech nenásilnou formou povzbuzuje trénink paměti.

U těch uživatelů, kteří mají omezené komunikační schopnosti, jsou imobilní a došlo u nich k velmi zásadním psychickým i fyzickým změnám, které nedovolují příliš možností aktivizace, probíhá práce s nimi při použití prvků **bazální stimulace**, která je nejen uznávanou aktivizační terapií, ale též významným prostředkem komunikace. *Spočívá v cílené stimulaci vnímání a „využívá schopnosti lidského mozku uchovávat své životní návyky v paměťových drahách v různých regionech. Cílenou stimulací uložených vzpomínek lze znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů.“* (Friedlová, K., 2007, s. 19). Tak je možné stimulovat a aktivizovat i ty uživatele, kteří jsou po většinu času v somnolentním stavu a téměř nekomunikují.

U ležících uživatelů se osvědčila spolupráce se sdružením Piafa, která pro uživatele služeb zajišťuje aktivizaci pomocí **canisterapie**. Ta se u klientů kladně projevuje zejména ve zlepšení a zachování psychické pohody.

Pracovnice se při denní práci zaměřují zvláště na **nově přijaté, špatně mobilní a imobilní uživatele** a snaží se je získávat k aktivní spolupráci při vyplňování jejich

volného času. Pomáhají při zajišťování doplňkových služeb (pedikúra, holič, kadeřnice, nákupy aj.) a udržování kontaktu s okolním světem.

Individuální práce s uživateli služeb je doplňována skupinovou terapií, při volbě vhodného sociálně-pedagogického působení je zohledňována osobnost seniora i jeho aktuální tělesné i psychosociální potřeby.

### ***Dílčí závěry***

*V Domově pro seniory a Domově se zvláštním režimem pro osoby s demencí ve Vyškově je při práci s uživateli služeb kladen důraz na individuální poznání osobnosti klienta, které je posléze uplatňováno při individuálním plánování služby. Služby jsou tak poskytovány v souladu se skutečnými aktuálními potřebami seniorů.*

*V přístupu k uživatelům je upřednostňována spíše podpora před pouhou péčí, pracovníci se snaží využívat a v co nejvyšší míře podporovat ty schopnosti a kompetence seniorů, které zůstaly zachovány. Důležité místo má nácvik soběstačnosti, aktivizace, procvičování paměti a myšlení i hrubé a jemné motoriky.*

*Zvýšená pozornost personálu je věnována uživatelům během adaptačního procesu a těm, u nichž se tělesné, psychické a sociální změny projeví již v takové míře, že nejsou schopni je zvládat svými silami. U těch uživatelů, u kterých dochází ke kvantitativním poruchám vnímání a nacházejí se po většinu času v somnolentním stavu, je uplatňován koncept bazální stimulace.*

*Nabízeny jsou jak skupinové, tak individuálně vedené aktivity v širokém rozsahu. Pro zmírnění sociálních dopadů života v zařízení sociální péče jsou uživatelům služeb zprostředkovány také doplňkové služby a podpora přirozených kontaktů.*

### 3. VLIV SOCIÁLNĚ-PEDAGOGICKÉHO PŮSOBENÍ NA PRŮBĚH ZMĚN PROBÍHAJÍCÍCH VE STÁŘÍ A KVALITU ŽIVOTA KLIENTŮ V ZAŘÍZENÍ

Při každodenní práci se seniory v zařízení sociální péče si klade často spousta pracovníků otázku, zda a jaký má jejich práce smysl. Zajímá je, zda ještě lze nějakým způsobem ovlivnit či zvrátit změny, které se zdají být nevratné, které všechny směřují k jedinému nevyhnutelnému cíli – konci života starého člověka. Někdy se setkáváme i s názory, že významná je pouze ta práce, která má „hmatatelné“ výsledky (čili pomoc s jídlem a pitím, provedení hygieny, výměna zdravotnické pomůcky či ošetření pokožky apod.) a ono sociálně-pedagogické působení je vnímáno v lepším případě jen jako jakási nadstavba pro vyplnění volného času, v horším případě pak jako naprostá zbytečnost.

Těžiště mé práce v pozici vedoucí sociálního oddělení a týmu pracovníků sociální péče pro výchovnou činnost spočívá v zajišťování individuálního plánování služby pro jednotlivé uživatele, metodickém vedení týmu klíčových pracovníků, plánování aktivizačních, vzdělávacích a volnočasových aktivit, zajišťování kvality služeb a pravidelném hodnocení úspěchů či neúspěchů práce s jednotlivými klienty. Při své práci v zařízení jsem se proto zaměřila na bližší prozkoumání vlivu sociálně-pedagogického působení na průběh změn v období stáří. Mým cílem bylo potvrzení či vyvrácení následujících předpokladů:

- 1. Sociálně-pedagogické působení v zařízení sociální péče má kladný vliv na průběh změn spojených se stárnutím.**
- 2. Senioři subjektivně hodnotí sociálně-pedagogické působení v zařízení jako nástroj pro zvýšení kvality jejich života.**

Při studiu jsem čerpala zvláště ze záznamů sociální dokumentace, vlastního pozorování a rozhovorů s uživateli služeb. Rozhovory na dané téma jsem vedla s těmi klienty, kteří nemají výrazné omezení v oblasti komunikace a jsou schopni posoudit význam obsahu rozhovoru. U těch uživatelů, u kterých psychické změny spojené se

stárnutím pokročily natolik, že nejsou schopni posoudit obsah rozhovoru, či mají problémy s verbálním vyjadřováním, jsem se zaměřila hlavně na pozorování a studium dokumentů, na základě kterých jsem vytvořila případové studie.

### 3.1 Studium dokumentace, případové studie

V rámci konceptu individuálního plánování služby jsou vedeny o každém z uživatelů služeb podrobné záznamy, ve kterých jsou zaznamenávány všechny důležité informace, které se o klientovi dozvíme. K tomu slouží sociální dokumentace pro individuální plánování služby (viz Příloha č. 1).

Nejdůležitějšími dokumenty pro získávání informací o průběhu služby a všech podstatných záležitostech konkrétního klienta jsou Profil uživatele, Plán obslužné péče, Určení stupně závislosti na sociální službě, Individuální plán uživatele, Konkrétní kroky k naplnění cílů, Aktuální poznámky. Tyto dokumenty tvoří hlavní kostru individuálního plánování, sem jsou zapisovány všechny podstatné informace o průběhu poskytování služby – sociální anamnéza a důležité osobnostní rysy, popis aktuálního stavu klienta, případná omezení, styl komunikace, zájmy a záliby, objednané a potřebné služby, zjištěné osobní cíle, provedené konkrétní kroky k naplnění cílů, plán další práce a aktivizace, zhodnocení dosavadních kroků a reakcí uživatele na ně apod.

Ze svých klientů jsem vybrala tři pro zpracování kazuistiky pro dokreslení vlivu sociálně-pedagogického působení v těchto konkrétních případech:

#### **Případová studie č. 1**

Paní Eva Č., věk 72 let, byla přijata do Domova pro seniory po těžké mozkové příhodě. Před přijetím byla po několik měsíců hospitalizována v léčebně pro dlouhodobě nemocné, kde měla původně zavedenou sondu pro příjem potravy; po intervenci jejího manžela jí byla odstraněna a byla krmena, ale v době jídla byla kurtována k postranicím lůžka, protože prý „nekoordinovaně šermovala rukou“. Do péče Domova byla předána jako absolutně imobilní, na půl těla zcela ochrnutá (druhou polovinu těla měla spastickou), **neschopná jakékoliv komunikace, bez známek**

**vnímání okolí.** Pro rozsáhlé poškození mozku již nebyla doporučena rehabilitace ani logopedie.

Při sestavování jejího profilu a individuálního plánu služby jsme požádali o pomoc jejího manžela, aby nám sdělil některé podrobnosti z předešlého života paní Evy - například jaká byla její profese, zájmy a zvyklosti, jaké vlastnosti u ní převažovaly, co měla ráda a co jí naopak vadilo, jakým chutím a vůním dávala přednost, jakou hudbu měla ráda apod. Manžel nejprve tyto naše otázky viděl jako zbytečné, sám vnímal stav své ženy jako nezvratný, tvrdil, že „neví o světě“. Nakonec však jsme jej ke spolupráci přesvědčili.

Při práci s touto klientkou byly využívány prvky z konceptu **bazální stimulace**. Přestože zprvu se nezdálo, že by vnímala své okolí, pracovníce na ni vždy hovořily a při manipulaci s ní vysvětlovaly, co budou dělat. Tvář měla bez výrazu, brzy si ale všimly, že je pozorně sleduje očima. Do méně poškozené ruky jí zkusily dát kousek chleba a záhy se jí podařilo jej dostat do úst. Ono „nekoordinované šermování“ mělo svůj cíl. **Aktivizoval se tím jak pohybový aparát, tak vnímání chuti.** Poté jí byly do ruky, kterou měla silně spastickou, ale jinak pohyblivou, vkládány různé předměty s různou strukturou, pro **aktivizaci hmatového vnímání**.

Pro **osvěžení paměťových stop** jsme poprosili manžela o přinesení pár věcí, které by jí připomínaly minulost a to, kým byla. Její životní profesí bylo vedení svatební agentury, proto jí pracovníce dala do ruky např. kousek závoje, pro umocnění pozitivní vzpomínky navoněný její dříve oblíbenou vůní. Paní Eva si opakovaně přikládala látku k líci, spasmus ruky se mírně uvolnil. Pro aktivaci sluchového vnímání bylo klientce pouštěno do sluchátka rádio, občas jí jedna z pracovníc zpívala píseň, kterou znala z hodin jógy, která byla koníčkem paní Evy.

Postupně se naučila svým tempem sama **jíst jídlo**, které se dalo držet v postižené ruce, **pít z láhve** s pítkem a v rámci možností i **neverbálně a paraverbálně komunikovat**. Při spokojenosti dokonce dokázala pohlédit přítomnou pracovníci po tváři.

## **Závěr:**

Případ paní Evy nemá velký happyend, nepodařilo se jí už nikdy promluvit, sama si sednout nebo se obrátit z boku na bok. Pokrok se u ní nedělal žádnými velkými kroky, ale spoustou malých krůčků. Ze „ztraceného případu“ se však právě **prostřednictvím aktivizace a cílené sociálně-terapeutické činnosti stala alespoň člověkem, který dokázal dát najevo své potřeby a pocity, který vnímal své tělo i své okolí.** Bohužel jsem neměla možnost sledovat její pokroky déle než několik měsíců, protože další cévní mozková příhoda tentokrát vedla k její smrti.

Dle pozorování a záznamů z dokumentace však lze shrnout, že v jejím případě se **hypotéza č. 1 potvrdila** a změny, které se zdály být nezvratné, se podařilo díky práci týmu pečujícího personálu pozastavit a dokonce i posunout zpět, ačkoli v to na začátku naší spolupráce nevěřil ani její manžel. Lze se domnívat, že i kvalita jejího života se v období pobytu v zařízení sociální péče poměrně zvýšila.

## **Případová studie č. 2**

Paní Marie U. , 69 let, byla přijata do Domova po opakované rozsáhlé mozkové příhodě, komplikované rozvratem metabolismu a těžko kompenzovatelným diabetem. Byla plně imobilní, bez zájmu o okolí. Po většinu času se nacházela v somnolentním stavu, **jakákoliv komunikace s ní byla téměř nemožná.** Pracovníci zařízení se tedy při své práci zaměřili zvláště na **aktivizaci a podporu v oblasti komunikace uživatelky a oživení jejího zájmu o okolní svět.**

Vzhledem k tomu, že pocházela ze sociálně neuspokojivého prostředí, spolupráce s rodinnými příslušníky nebyla příliš úspěšná a její zdravotní stav byl velmi závažný, dlouho jsme hledali cestu, jak ji povzbudit či aktivizovat. Na většinu snah personálu o komunikaci, ať verbální, či neverbální, i na prvky bazální stimulace, nereagovala ani nepatrným zlepšením.

Po nějaké době však její spolubydlící na pokoji začala využívat nabídky **canisterapie.** Doprovodný personál, který bývá v takových případech při terapii přítomen, si povšiml, že na přítomnost psů na pokoji nereaguje pozitivně jen ona

klientka, která si tuto službu objednala, ale i paní Marie. Začali jsme tedy tuto službu cíleně využívat i u ní. Proměna, která se s uživatelkou stala v přítomnosti psa v jejím lůžku, byla překvapivá. Klientka **začala neverbálně komunikovat** a snažila se říct i pár slov, usmívala se, reagovala živě, psa hladila a **projevovala nejen zájem o dění v místnosti, ale i o komunikaci s personálem.**

Canisterapie se tak stala pravidelnou součástí jejího pobývání v zařízení – **stav uživatelky i její duševní pohoda se tak na nějakou dobu po absolvování terapie zlepšily a ustálily.**

#### **Závěr:**

Případ paní Marie U. lze vnímat jako **důkaz důležitosti individuálního plánování služby a citlivého vnímání potřeb a přání jednotlivých uživatelů** – o to důkladnějšího, když se týká uživatelů imobilních a neschopných normální komunikace. **Potvrzuje hypotézu č. 1 o kladném vlivu záměrného terapeutického působení.**

#### **Případová studie č. 3**

Paní Marie K., věk 85 let, byla přijata do zařízení zvláště pro **sociální potřebnost**. Před přijetím žila v rodinném domku na vesnici se svým invalidním synem, který se nestaral ani o domácnost, ani o svou stárnoucí matku, jejíž vitalita a síly už byly postupujícím věkem omezeny.

V obci byli známi jako „sociálně nepřizpůsobiví“, jejich dům několikrát vyhořel, protože neplatili elektřinu ani plyn a topili si sami. V domě panoval dle sociálního šetření velký nepořádek, špína a zápach. Paní Marie nezvládala péči o domácnost ani o sebe, zanedbávala svou osobní hygienu a udržovala ji jen díky ochotě a obětavosti pracovnice místního obecního úřadu, která ji brala jednou za týden vykoupat. Situace už ale byla neúnosná, vzhledem k pokračujícím změnám souvisejícím se stárnutím ztrácela paní Marie soběstačnost, v domě hrozilo nebezpečí dalšího požáru, přenesení infekce z nevyňášeného odpadu. Na intervenci sousedů, kteří se obávali požáru, začal obecní úřad řešit tuto situaci.



Vzhledem k tomu, že o paní Marii nejevilo zájem žádné z jejích 5 dětí (ona sama nevěděla ani to, kde její ostatní děti bydlí), byla absolutně **sociálně izolovaná**. Sama uznávala, že už nemůže žít v dosavadních podmínkách dále - celou zimu netopili, nezvládala nasekat dřevo a syn nic nezabezpečil. Nevěděla ani, kdy a co budou jíst. Obávala se, že pokud budou tělesné změny související se stářím pokračovat a ona bude nucena ulehnout, nedostane se jí pomoci. Do Domova pro seniory se jí nechtělo, říkala, že si nikdy nezvykne, že je zvyklá sama v domku, ale neviděla jiné východisko. Zpočátku byla velmi uzavřená sama do sebe.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem jsme předpokládali, že pro paní Marii bude nejobtížnější adaptace na nové prostředí, na podmínky kolektivního zařízení, kde je nutno dodržovat určitý řád. Obávali jsme se, že se u ní projeví tzv. **syndrom vykořenění** (viz kapitola 1.2.2, s. 23). Její individuální plán byl proto zaměřen na **podporu při zvládnutí adaptačního procesu a sociální integraci v rámci zařízení**.

Velká pozornost byla věnována tomu, s jakou klientkou bude bydlet na pokoji. Ze zkušenosti již víme, že při sociální interakci dvou uživatelů služeb na jednom pokoji dochází k velmi významnému působení a vzájemnému ovlivňování těchto dvou osob. **Vhodným výběrem spolubydlící** lze tedy pozitivně ovlivnit i proces adaptace. Jak ukázalo pozorování, tento záměr se personálu podařilo uskutečnit a spolubydlící jí tak byla nenásilným průvodcem v novém životě v zařízení.

Stejně jako s ostatními uživateli služeb, i s paní Marií byly personálem, zvláště jejím klíčovým pracovníkem, vedeny **pravidelné rozhovory** – v prvních týdnech častější, pro vybudování důvěry mezi pracovníky a klientkou. Postupně byla zapojována i do **skupinového a individuálního cvičení** pro udržení a rozvoj mobility, do **besed** na patře, **kulturních a společenských** akcí v zařízení. Při jednom z rozhovorů bylo zjištěno, že velmi teskní po svém psovi, na kterého byla zvyklá, a kterého musela opustit. Byla jí proto nabídnuta možnost **canisterapie**, kde uplatní svůj vztah ke zvířatům, a pomůže jí to překonat tuto ztrátu. V současné době se připravuje smlouva se sdružením Piafa, které canisterapii pro naše zařízení zajišťuje.

### **Závěr:**

Paní Marie, která před přijetím do Domova pro seniory žila v sociální izolaci v nevyhovujících podmínkách, a byla okolím považována za „sociálně nepřizpůsobivou“, je po dvou měsících v zařízení **adaptována** na podmínky v něm. Díky nenásilnému působení její spolubydlící i personálu nemá problémy ve vztazích s ostatními uživateli, přizpůsobila se životu v zařízení, nečiní jí potíže udržovat osobní hygienu. Navazuje nové sociální kontakty a využívá i nabídek na společenské akce v zařízení. Dá se říci, že vlivem sociálně-pedagogického působení **bylo dosaženo cíle pomoci jí s adaptačním procesem a sociální integrací**, tedy i tento případ lze považovat za **potvrzení hypotézy č. 1**.

## **3.2 Rozhovory s uživateli služeb**

Vedení pravidelných rozhovorů s uživateli služeb je důležitou součástí práce sociálních pracovníků i klíčových pracovníků. Dozvídáme se tak spoustu informací o svých klientech, o jejich dřívějších životech, o jejich touhách a plánech, o splněných a nesplněných snech, o problémech se zdravím, s dětmi, se spolubydlícími či s personálem. Tyto rozhovory jsou cenným zdrojem informací pro individuální plánování služeb, ale také zpětnou vazbou pro naši práci, vodítkem pro určování kvality poskytovaných služeb, zhodnocení dosavadních postupů a formulaci cílů a kroků k jejich naplnění.

### **3.2.1 Postup při provádění rozhovorů s klienty**

Vzhledem ke každodennímu kontaktu s klienty jsou mi již známy jejich osobnostní vlastnosti, jejich sociální anamnéza, jejich zvláštnosti, problémy, potřeby a cíle. Základní důvěru mezi sebou již máme vybudovanou, proto jsem měla práci při rozhovorech na téma související s mou bakalářskou prací usnadněnou a mohla se při nich soustředit rovnou na oblasti, které mě z hlediska studia nejvíce zajímaly – jak subjektivně vnímají uživatelé služeb v zařízení vlastní změny související s postupujícím věkem, ve které oblasti je pociťují nejznatelněji, a jak ze svého úhlu pohledu hodnotí vliv podpory a péče pracovníků a nabízených aktivit na kvalitu jejich života v zařízení.

Pro rozhovory na dané téma jsem zvolila 25 uživatelů služeb. Byli to ti uživatelé, kteří ještě mají při svém věku zachovány psychické funkce natolik, že jsou schopni posoudit obsah rozhovoru a význam jednotlivých otázek, a zároveň mají zachovány schopnost srozumitelné verbální komunikace.

Rozhovory jsem prováděla individuálně s každým z uživatelů o samotě v domácím prostředí jeho pokoje, po předchozí domluvě. Zaměřovala jsem se na daná témata, vysvětlovala klientům jim srozumitelným jazykem, co myslím pod pojmem tělesné, sociální, psychické změny a co znamená slovní spojení sociálně-pedagogické působení. Nechala jsem klienty hovořit, odpovědi týkající se tématu jsem zaznamenávala na předem připravený arch.

### 3.2.2 Zjištěné poznatky

Během rozhovorů jsem se zaměřovala na tři základní oblasti otázek:

- 1) Jaké změny probíhající ve stáří subjektivně vnímají klienti jako nejvýraznější (oblast tělesná, psychická, sociální), které konkrétní změny cítí sami na sobě a se kterými z nich se nejhůře vyrovnávají.
- 2) Jak klienti ze svého pohledu hodnotí vliv sociálně-pedagogického působení obecně a jak konkrétně u sebe; které činnosti z této oblasti v zařízení využívají, jaké jim v nabídce zařízení chybí.
- 3) Jaká je jejich osobní spokojenost s činností sociálních pracovníků a pracovníků sociální péče – tzv. společnic, které mají v zařízení za úkol sociálně-pedagogické působení.

Po utřídění získaných informací jsou mé poznatky následující:

- **Změny probíhající ve stáří**

Změny **tělesné** jako nejvýrazněji se projevující uvádí 22 z 25 uživatelů. Nejčastěji konkrétně jmenované tělesné změny jsou **omezení pohyblivosti, zhoršení chůze, a tím i soběstačnosti**. S negativními změnami tělesnými uživatelé spojují **celkové zhoršení zdravotního stavu**, nástup a zhoršování **chronických onemocnění**. Spolu s omezením

pohyblivosti jsou to subjektivně nejhůře vnímané tělesné změny, se kterými se klienti nespokojí.

Jako velmi výrazně pociťované změny ve stáří uvádí 14 z uživatelů také změny **psychické** - konkrétně obzvláště **změny smyslového vnímání** (zhoršení zraku a sluchu) **a zhoršení paměti**. S těmi se také klienti, co se týče psychických změn, nejhůře vyrovnávají.

Změny **sociální** jako nejvýrazněji pociťované změny spojené se stářím uvádí jen 4 z dotazovaných klientů. Konkrétně jsou to **osamělost, neuspokojivé rodinné vztahy a tíživá ekonomická situace**. Subjektivně nejhůře vnímané sociální změny jsou změny v oblasti rodinných vztahů.

- **Sociálně-pedagogické působení**

Z dotazovaných 25 uživatelů se 23 domnívá, že sociálně-pedagogické působení má **kladný vliv na změny probíhající ve stáří**. Pouze 2 uživatelé uvedli, že podle nich nemá aktivizační a sociálně-terapeutická činnost v zařízení žádný smysl.

Nejvíce dotazovaných vidí sami na sobě kladný vliv sociálně-pedagogického působení v podobě **rozptýlení, zlepšení nálady, pocitu uspokojení** – většina odpovídá větou „přijdu na jiné myšlenky“. Dalšími uváděnými kladnými výsledky sociálně-terapeutické činnosti jsou **udržení pohybu a soběstačnosti, potlačení pocitu osamělosti a neužitečnosti**.

Nejčastěji využívanými a nejvíce kladně hodnocenými činnostmi nabízenými v zařízení jsou dle dotazovaných klientů **kulturní a společenské akce** (uvádí 17 uživatelů). Dále často uváděnými činnostmi jsou **cvičení a nácvik soběstačnosti** (12 uživatelů), **vycházky s doprovodem, případně na invalidním vozíčku** (11 uživatelů), **hraní společenských her** (10 uživatelů).

- **Celková spokojenost s činností pracovníků zařízení, nabízenými službami a aktivitami**

Všichni tázaní uživatelé jsou **spokojeni s činností, podporou a péčí pracovníků zařízení**. Shodně uváděli, že jsou si vědomi důležitosti jak zdravotních sester, pečujících o zdravotní stav uživatelů, tak těch pracovníků, které se zabývají obzvláště obslužnou péčí (poskytování podpory při hygieně a úkonech soběstačnosti). Vyzvedávali ale také přínos sociálních pracovníků a pracovníků sociální péče pro výchovnou činnost, i když výsledky jejich činnosti nejsou natolik zjevné, jako je tomu u výše zmiňovaných. **Jejich práci klienti vidí jako stejně přínosnou a důležitou, jako i práci ostatních členů týmu.**

Co se týče nabízených služeb a aktivit v zařízení, i s těmi jsou klienti spokojeni. Vnímají je jako **prostředek ke zlepšení a navození jejich duševní pohody, k lepší adaptaci v zařízení a snazšímu vyrovnávání se se změnami provázejícími stáří, ke zvyšování kvality jejich života v Domově**. Z dotazovaných klientů však 6 uvedlo, že jim v zařízení schází více možností kulturního vyžití, a dali najevo rozčarování ze stávající finanční situace, která zabraňuje v pokračování pořádání častých kulturních a společenských akcí v té míře, na kterou byli zvyklí ještě před několika lety.

### **Shrnutí poznatků z rozhovorů s klienty**

Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že všichni z nich vnímají změny provázející stáří a je pro ně nesnadné se s nimi vyrovnávat. Proto vítají pomoc a cílené působení pracovníků, které jim v tomto nelehkém úkolu pomáhají. Využívají v hojně míře všech sociálně-terapeutických aktivit a služeb nabízených v zařízení a pozorují kladný vliv na svůj tělesný i psychický stav.

Ze zjištěných poznatků lze shrnout, že **uživatelé služeb subjektivně hodnotí podporu a péči pracovníků zařízení i aktivity a služby v něm nabízené jako nástroj pro zvyšování kvality jejich života, což podporuje hypotézu č. 2.**

## ZÁVĚR

Základní změny ve stáří, jakožto životní etapy, jejíž délka se v životním cyklu člověka v současnosti stále prodlužuje, jsou velmi závažným a širokým tématem k prostudování. Ve své práci se zabývám zvláště změnami psychickými a sociálními, které mají bližší souvislost se sociální pedagogikou. Vzhledem k tomu, že je však člověk bytostí celistvou, ve které se spojují jeho biologické a fyzické atributy s těmi psycho-sociálními, okrajově se v práci zabývám i změnami v oblasti tělesné.

Cílem mé práce bylo nejen podat přehled o základních psychických a sociálních změnách ve stáří, ale také nalézt souvislost mezi sociálně-pedagogickým působením (tj. záměrným a cílevědomým působením pracovníků a prostředí rezidenčního zařízení sociální péče) a ovlivněním průběhu uvedených změn, případně zvýšením kvality života seniorů v zařízení. Ve své práci proto popisuji konkrétní podmínky zařízení sociální péče, ve kterém pracuji – Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem pro osoby s demencí ve Vyškově, kde jsem také provedla malý průzkum vlivu sociálně-pedagogického působení na průběh změn souvisejících se stářím.

Při průzkumu jsem se zaměřila na metodu pozorování, studium sociální dokumentace uživatelů služby v zařízení a rozhovory s nimi. Pro tento průzkum jsem si stanovila následující předpoklady:

- 1. Sociálně-pedagogické působení v zařízení sociální péče má kladný vliv na průběh změn spojených se stárnutím.**
- 2. Seniori subjektivně hodnotí sociálně-pedagogické působení v zařízení jako nástroj pro zvýšení kvality jejich života.**

S těmito hypotézami jsem pak pracovala dále. První hypotézu jsem se snažila dokázat zvláště na základě pozorování a studia sociální dokumentace uživatelů; pro dokreslení vlivu záměrného působení pracovníků a prostředí zařízení na průběh změn spojených se stárnutím jsem uvedla tři případové studie. Uvedené kazuistiky jsou důkazem toho, že **cílevědomé sociálně-pedagogické působení v rámci individuálního**

**plánování služby a rozvoje osobnosti klienta je přínosné**, a to dokonce často i tehdy, kdy se jakákoliv snaha jeví vzhledem ke zdravotnímu stavu a pokročilým změnám v tělesné i psychické oblasti jako zbytečná.

Hypotéza druhá je věnována subjektivním pocitům seniorů, proto jsem se snažila dokázat ji cestou rozhovorů s klienty zařízení. Kladené otázky jsem směřovala do třech základních oblastí:

- 4) Jaké změny probíhající ve stáří subjektivně vnímají klienti jako nejvýraznější (oblast tělesná, psychická, sociální), které konkrétní změny cítí sami na sobě a se kterými z nich se nejhůře vyrovnávají.
- 5) Jak klienti ze svého pohledu hodnotí vliv sociálně-pedagogického působení obecně a jak konkrétně u sebe; které činnosti z této oblasti v zařízení využívají, jaké jim v nabídce zařízení chybí.
- 6) Jaká je jejich osobní spokojenost s činností sociálních pracovníků a pracovníků sociální péče – tzv. společnic, které mají v zařízení za úkol sociálně-pedagogické působení.

Ze shrnutí všech zjištěných poznatků jsem učinila závěr, že **klienti subjektivně hodnotí sociálně-pedagogické působení v zařízení velmi kladně**, a dá se tedy usuzovat, že toto působení **je nástrojem ke zvyšování kvality života seniorů v zařízení**.

Obě hypotézy se mi tedy v mé práci podařilo potvrdit, uvědomuji si však, že se mé závěry týkají především **subjektivně vnímaných pocitů** seniorů.

Ovlivňování změn souvisejících se stárnutím se děje často jen velmi malými krůčky, které bez hluboké znalosti osobnosti klienta mnohdy mohou zůstat nepovšimnuty, i když jsou pro konkrétního klienta cenným přínosem. Právě pro pochopení a poznání specifík jednotlivých seniorů, jejich vlastností, zvláštností jejich potřeb a přání či způsobů komunikace slouží **koncept individuálního plánování služeb a rozvoje osobnosti** jednotlivých klientů, který v této práci podrobně popisuji.

Jednou z pohnutek, která mne vedla k popisu této problematiky, byla jakási obhajoba práce všech pracovníků v sociálních službách pro výchovnou činnost, tzv. společnic,

kteřá bývá často neprávem opomíjena či zlehčována z toho důvodu, že nemá příliš „hmatatelné“ výsledky. Je však velmi cennou součástí sociálně-pedagogického působení v zařízení sociální péče a zaslouží si ocenění nejen proto, že je náročná na trpělivost a hrozí při ní vysoké riziko syndromu vyhoření, ale hlavně proto, že jejím cílem a výsledkem je pomoc klientovi v mnoha oblastech jeho života. Práce na individuálním plánování je záležitostí celého týmu a velmi záleží na toku informací mezi jednotlivými pracovníky a na jejich vzájemné spolupráci a respektu. Při své práci by měli mít stále na paměti její cíl – **zvyšování kvality života člověka v období pro ně velmi obtížném, provázeném mnoha změnami ve všech oblastech jejich života, v období, kdy spějí ke konci svých dní.**

## RESUMÉ

Tato práce je věnována tématu změn probíhajících ve stáří a jejich možnému ovlivňování prostřednictvím cílevědomého sociálně-pedagogického působení v zařízení sociální péče.

V první kapitole popisují základní změny související se stárnutím a stářím formou přehledové stati, ve které čerpám z prostudované literatury předních českých i světových odborníků na tuto tematiku. Důraz kladu především na změny v oblasti psychické a sociální.

Druhá kapitola obsahuje popis konkrétního prostředí Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem pro osoby s demencí ve Vyškově, postupy práce a zavedené způsoby sociálně-pedagogického a terapeutického působení na klienty z řad seniorů.

Kapitola třetí je věnována průzkumu, který byl proveden v uvedeném prostředí. Zabývá se zjišťováním souvislostí mezi záměrným sociálně-pedagogickým působením a ovlivňováním průběhu změn v období senia, případně zvyšováním kvality života seniorů v rezidenčních zařízeních sociální péče.

Závěrem shrnuji své poznatky z celé práce takto: sociálně-pedagogické působení má pozitivní vliv na změny probíhající ve stáří a ze subjektivního hlediska klientů je nástrojem ke zvyšování kvality života seniorů v zařízení sociální péče.



## ANOTACE

Marcela Preisová, Sociálně-pedagogické aspekty stáří. Brno, (Bakalářská práce). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií, 2009, 49 stran textu, 23 stran příloh.

Tato práce je věnována problematice změn probíhajících v období stáří a popisu záměrného sociálně-pedagogického působení v zařízení sociální péče pro seniory. Cílem práce je zjištění vlivu cílevědomého sociálně-pedagogického působení prostředí a pracovníků zařízení sociální péče na průběh změn souvisejících se stárnutím.

## KLÍČOVÁ SLOVA

Stáří, senior, psychické a sociální změny ve stáří, zařízení sociální péče, podpora, péče, aktivizace, individuální plánování služby a rozvoje osobnosti.

## ANNOTATION

The thesis „Social-pedagogic Aspects of Old Age“ is dedicated to problems and changes proceeding during old age and describes intentional social-pedagogic promotion in social services institutions.

The goal of the thesis is to detect how intentional social-pedagogic promotion of social services institutions' environment and staff can influence process of old-age changes.

## KEYWORDS

Old age, psychical and social changes in old age, social services institution, support, care, activities, individual planning of social services and personality building up.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Bártová, Z.: *Komunikace se seniory*. Pracovní materiál pro účastníky kurzu. Praha: Agentura T, s 20
2. Dörner, K., Plog, U.: *Bláznit je lidské*. Praha: 1. vydání. Grada Publishing a. s., 1999, 356 s., ISBN 80-7169-628-5
3. Friedlová, K.: *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 168 s., ISBN 978-80-247-1314-4
4. Grenarová, O. a kol.: *Pracovník v sociálních službách*. Učební text pro kurz. Hodonín: CC Systéme a. s., 2007. s. 167
5. Haškovcová, H.: *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 416 s., ISBN 80- 7038-158-2
6. Haškovcová, H.: *Manuálek sociální gerontologie*. 1. vydání. Brno: IDV PZ, 2002. 72 s., ISBN 57-861-02
7. Hermanová, M., Herman, J., Prokop, J.: *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. 1. vydání. Brno: T.I.G.E.R., 2008. 111 s., ISBN 57-858-08
8. Jobánková, M. a kol.: *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vydání. Brno, NCO NZO, 2003. 225 s., ISBN 80-7013-390-2
9. Klevetová, D., Dlabalová, I.: *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 208 s., ISBN 978-80-247-2169-9
10. Kohoutek, R.: *Vývojová psychologie*. 2. vydání. Brno: IMS, 2003. 84 s.
11. Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2002. 200 s., ISBN 80-247-0179-0
12. Mühlpachr, P.: *Gerontopedagogika*. 1. vydání. Brno: MU, 2004. 203 s., ISBN 80-210-3345-2
13. Pichaud C., Thareauová, I.: *Soužití se staršími lidmi*. Překlad: Kozlíková, A. 1. vydání, Praha: Portál, s.r.o., 1998.
14. Pipeková, J., Vítková, M.: *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. rozšířené vydání. Brno: Paido, 2001. 159 s., ISBN 80-7315-010-7
15. Plaňava, I.: *Průvodce mezilidskou komunikací*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 146 s., ISBN 80-247-0858-2
16. Řičan, P.: *Psychologie osobnosti*. 5. rozšířené vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 200s., ISBN 978-80-247-1174-4

17. Vágnerová, M.: *Vývojová psychologie II*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2007. 461 s., ISBN 978-80-246-1318-5
18. Venglářová, M.: *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 96 s., ISBN 978-80-247-2170-5
19. Venglářová, M., Mahrová, G.: *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 144 s., ISBN 80-247-1262-8
20. Walsh, D.: *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2005. 204 s., ISBN 80-7178-970-4
21. Metodické pokyny SSV p. o.
22. Odborný časopis pracovníků sociálních služeb: *Sociální péče*. Brno: IKARIA CZ, ISSN 1213-2330
23. Průvodce poskytovatele: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. 112 s., ISBN 80-86552-45-4
24. Vyhláška 505/ 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
25. Zákon č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
26. Hermanová, M. – školení pracovníků sociální péče, 2007
27. <http://www.mpsv.cz/cs/9> [31. 3. 2009]
28. <http://www.senio.cz/?w=cat&cat=91&s> [27. 2. 2009]
29. <http://www.mpsv.cz/cs/5045> [2. 3. 2009]
30. <http://alzheimer.cz/data/docs/strategie.pdf> [5. 1. 2009]

## SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha 1:** Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením

Zásady pro komunikaci s člověkem s demencí

Pravidla komunikace s klienty v konceptu bazální stimulace – desatero bazální stimulace

**Příloha 2:** Metodický pokyn 4/2009 SSV, p.o. – Individuální plán práce s uživatelem

**Příloha 3:** Pracovní náplň pracovníků sociální péče – základní výchovná činnost

## PŘÍLOHY

### **Příloha 1:**

#### **Desatero komunikace se seniory se zdravotním postižením**

( Bártová, Z. s. 18 )

1. Respektujeme identitu pacienta a důsledně jej oslovujeme jménem nebo odpovídajícím titulem.
2. Důsledně se vyhýbáme infantilizaci starého člověka.
3. Při komunikaci s geriatrickými pacienty se zdravotním postižením a při jejich ošetřování cílevědomě chráníme pacientovu důstojnost.
4. Respektujeme princip zpomalení a chráníme seniory před časovým stresem.
5. Složitější nebo zvláště důležité informace několikrát zopakujeme.
6. Aktivně, ale taktně, ověříme možné komunikační bariéry ( porucha sluchu, zraku apod. ) a k tomu přizpůsobíme komunikaci.
7. K usnadnění komunikace se zdržujeme v zorném poli pacienta.
8. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas.
9. Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či uléhání vždy nabízíme, ale nevnucujeme.
10. Při ústavním ošetřování by komunikace i ošetřovatelská aktivita měla cílevědomě směřovat k podpoře a udržení soběstačnosti.

#### **Zásady pro komunikaci s člověkem s demencí**

( srov. Friedlová, K., s 39, Bártová, Z., s 19 )

1. Pro komunikaci vždy nejprve vytvořte podmínky.
2. Berte na vědomí co klient dělá, až si budete jisti, že vás vnímá, nabídněte mu své téma.
3. Pokuste se spíše přijímat iniciativy člověka s demencí, tzn. Sledujte důkladně jeho neverbální sdělení, poslouchajte slova a snažte se porozumět, co tím klient myslí.

4. Využívejte v komunikaci několik kanálů současně -zrak, sluch, gesta, postoje
5. Když vám klient nerozumí, pokuste se říct totéž jiným způsobem, zjednodušte ho, používejte gesta.
6. Po všem, co spolu děláte, klienta s demencí povzbuzujte, dávejte mu najevo, co dělá dobře.
7. Snažte se používat slova dotyčné osoby.
8. Vyjadřujte se co nejjednodušeji, používejte krátké, jednoduché věty.
9. Pojmenovávejte vše, co děláte vy a co má dělat klient.
10. V průběhu rozhovoru se držte jednoho tématu.
11. Neklad'te zbytečné otázky.
12. Komunikujte jako s dospělým, nehovořte dětskou řečí.

**Pravidla komunikace s klienty v konceptu bazální stimulace – desatero bazální stimulace ( Friedlová, K., s 39 )**

1. Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě ( iniciální dotek ).
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluďte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý ( anamnéza ).
7. Nepoužívejte v řeči zdrobněliny, pokud na ně není klient zvyklý.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova.

## **Příloha 2: Metodický pokyn 4/2009 SSV, p.o. – Individuální plán práce**

### **I. Individuální plán práce s uživatelem, stanovení a realizace cílů**

Cílem individuální práce s uživatelem je poskytovat mu takovou péči, kterou již není schopen zajistit si sám, udržet jeho dosavadní schopnosti a dovednosti a dále jej postupně resocializovat (tzn. pomáhat mu znovu se zapojovat do společenského a aktivního života v komunitě).

Základním předpokladem pro individuální práci a stanovení cílů uživatele je hlubší znalost jeho osoby, pravidelné schůzky a rozhovory s ním. Důležitá je spolupráce a komunikace všech pracovníků, kteří přímo přicházejí s uživatelem do styku (ošetřovatelský personál, sociální pracovníce, pracovníci sociální péče a ostatní personál.). K tomuto účelu slouží následující formuláře:

- 1. Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů** – při nástupu uživatele do zařízení jej informuje sociální pracovníce daného oddělení o systému individuálního plánování služby a o tom, jaké osobní údaje budou o jeho osobě při individuální práci zjišťovány, jakým způsobem a za jakým účelem budou uchovávány a zpracovávány. Pokud z rozhovoru s uživatelem vyloučí i citlivé údaje, které souvisí s jeho potřebami či cílem, budou i ty zpracovávány a uchovávány v souladu s touto metodikou. Uživatel podepíše Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů, který bude součástí sociální dokumentace vedené na sociálním oddělení (viz **příloha č. 1**). Pokud vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen se podepsat nebo posoudit obsah, je namísto podpisu uživatele formulář podepsán klíčovým pracovníkem + sociální pracovnící. Jestliže uživatel není schopen informovaného souhlasu, je toto zaznamenáno v dokumentaci individuálního plánování.
- 2. Profil uživatele** – vyplní sociální pracovníce daného oddělení při nástupu uživatele do zařízení. Tyto údaje průběžně doplňuje klíčový pracovník. (**Příloha č. 2**)  
Obsahem profilu jsou základní údaje o uživateli a stručná charakteristika jeho osoby.
- 3. Plán obslužné péče** – vyplní sociální pracovníce **před nebo při přijetí uživatele (příloha č. 3)**.  
Tento plán je součástí Smlouvy o poskytování sociální služby. Podle plánu obslužné péče postupuje personál při každodenní péči o uživatele. Péče je individuální, dle skutečných potřeb uživatele.  
Potřeby uživatelů se v průběhu poskytování služby mění, proto je třeba míru závislosti na službě a reálné aktuální potřeby uživatelů pravidelně přehodnocovat. Jako pomůcka může sloužit formulář **Určení stupně závislosti na sociální službě** (viz **příloha č. 4**). Při zjištění změn bude sestaven nový Plán obslužné péče, který bude vydán jako nový dodatek ke smlouvě. Přehodnocování probíhá dle potřeby (např. při náhlé změně zdravotního stavu, míry závislosti na službě a potřeb), minimálně však jednou za 1/2 roku u všech uživatelů. K objektivnímu zhodnocení je nutná spolupráce všech pracovníků

zařízení. Zápis o přehodnocení je proveden do formuláře **Pravidelné přehodnocení míry závislosti na službě** (viz příloha č. 5).

Pokud během procesu stanovení míry závislosti na službě sociální pracovnice zjistí, že uživatel pobírá příspěvek na péči a přitom v zařízení neodebírá žádné služby, je povinna signalizovat tuto skutečnost vedení zařízení. Podobně bude sociální pracovnice monitorovat a signalizovat všechny případy, kdy je zjištěná míra závislosti dlouhodobě v příkrém rozporu s dosud přiznaným příspěvkem na péči.

4. **Individuální plán uživatele** (příloha č. 6) – vytvářejí klíčoví pracovníci společně s uživatelem. Do tvorby plánu zasahují také všichni pracovníci přímé péče – je důležitá komunikace a spolupráce. Za vedení plánu je zodpovědný klíčový pracovník.

*Plán* zpřehledňuje proces poskytování služby pro pracovníka i uživatele, protože:

- Zaznamenává uživatelská přání, osobní cíle,
- Zaznamenává plánované kroky,
- Zaznamenává proběhlé činnosti, klíčové situace,
- Zaznamenává hodnocení plnění plánu .

**Principy plánu:**

- Určující je klient
- Plán je dostatečně konkrétní
- Je pravidelně aktualizován
- Je pravidelně vyhodnocován
- Plán má vhodné časování kroků
- Je srozumitelný
- Plán využívá silných stránek (schopností, dovedností) klienta
- Plán je dosažitelný

**Klíčový pracovník:**

- Iniciativně si všímá zájmů, potřeb a cílů uživatele
- Všímá si všech změn u uživatelů, jak po fyzické, tak i psychické stránce,
- Zjištěné změny signalizuje svým nadřízeným a staniční, nebo primární sestře,
- Je koordinátorem práce týmu lidí, kteří jsou do služeb pro daného uživatele zapojeni
- Zodpovídá za vytvoření a aktualizaci individuálního plánu
- Zodpovídá za realizaci individuálního plánu

Každý klíčový pracovník má svého zástupce, který zastupuje KP při dlouhodobé nepřítomnosti (vice než 1 měsíc) nebo v případě, kdy je nutné akutní řešení a není možné jej odložit do návratu klíčového pracovníka. Tento je jmenovitě uveden v dokumentaci IPS uživatele.

Základním klíčem ke komunikaci mezi uživatelem a pracovníkem je důvěra a individuální přístup. Proto má každý uživatel přiřazeného svého klíčového pracovníka. Jeho snahou je při pravidelných setkáváních vytvořit s uživatelem vztah a atmosféru tak, aby ten k němu získal důvěru a nebál se mu otevřít nebo svěřit. Během rozhovoru se pokusí společně stanovit cíl, kterého chce uživatel



dosáhnout. Uživatel si může stanovit cíl v různých oblastech – bydlení, práce, vzdělávání, volný čas, péče o sebe, zdraví, smysl a význam života, sociální vztahy... Zjišťování cílů, přání a potřeb uživatelů je prováděno v souladu s jejich individualitou a osobností. Bere se v úvahu jejich aktivita či pasivita, zdravotní stav a schopnosti, komunikační omezení apod. Na základě znalosti osobnosti uživatele se volí způsob individuálního plánování služby.

Podmínkou pro spolupráci je aktivní účast uživatele (není možné někomu něco nařídit či vnucovat). Spoluúčast uživatele je potvrzena jeho podpisem na formuláři Individuálního plánu. Pokud uživatel ze zdravotních důvodů není schopen podpisu či aktivní spolupráce při sestavování plánu, je na místě podpisu uživatele formulář podepsán klíčovým pracovníkem a sociální pracovnící. Poznámka o neschopnosti podpisu, informovaného souhlasu či aktivní spolupráce na IPS je uvedena v dokumentaci.

Pokud má uživatel ze zdravotních důvodů problémy s komunikací, je třeba se zaměřit na komunikaci paraverbální (zvuky, sténání, síla hlasu, výška či hloubka zvuku, četnost projevů...) a neverbální - výraz tváře (mimika, grimasy...), pohyby rukou (gesta) a těla (naklonění...). Z těchto projevů lze vyčíst, je-li uživatel spokojený nebo nespokojený, co je mu příjemné či nepříjemné, jaké podněty jsou pro něj vhodné. I takovéto poznatky je třeba zanezt do dokumentace, spolu s poznámkou o aktuálním stavu a rozpoložení uživatele, a při příští práci s uživatelem se zaměřit zvláště na takové chování, které je pro uživatele vhodné. Při práci s těmito uživateli je velmi důležitá empatie (vcítění se, schopnost odložit své vlastní názory, hodnoty a předsudky a porozumět emocím, pocitům, potřebám a motivům uživatele) a také spolupráce s rodinou a blízkými osobami.

Zvýšenou pozornost vyžadují nově přijatí uživatelé. Jsme si vědomi, že každá změna prostředí je velkým zásahem do stylu života, o to více se to týká seniorů, jejichž adaptační schopnosti jsou sniženy. Přesun z přirozeného prostředí do zařízení sociální péče přináší uživatelům mnohé změny, s nimiž se obtížně vyrovnávají. Je třeba si uvědomit, že se může jednat o člověka, který právě prodělává svou „duševní krizi“. Proto je potřeba jim během adaptačního procesu věnovat zvýšenou péči, zajímat se o jejich pocity, jak si zvykají na nové prostředí, jaké jsou jejich cíle a potřeby. Je potřeba se snažit co nejrychleji orientovat se v problému uživatele a poskytnout mu náležitou pomoc.

Rozhovory s uživateli se vedou dle potřeby. Nedílnou součástí vedení individuálního plánu je jasná a srozumitelná dokumentace, ze které by mělo být zřejmé, jak práce s uživatelem probíhá (viz formulář Konkrétní kroky k naplnění cílů). Zápisy se provádějí průběžně. Je důležitá úzká spolupráce všech pracovníků týmu. Do plánu mají možnost nahlížet všichni pracovníci přímé péče. Celá dokumentace IPS je uložena v samostatných složkách v kanceláři vedoucí sociálního oddělení.

K předávání informací slouží také Monitoring činností s uživateli a provozní porady na jednotlivých odděleních.

**Hlavní cíl** (zaměřený na řešení nepříznivé situace): *je to, čeho chce uživatel dosáhnout prostřednictvím poskytované služby.*

*Cíl je:*

- Reálný – vychází z možností klienta i služeb poskytovaných v zařízení

- Měřitelný – obsahuje měřitelná kritéria pro vyhodnocení
- Časově ohraničený – stanoví termín zhodnocení

**Kritéria naplnění cíle:** popisují, jak by měl vypadat konečný výsledek po dosažení cíle. Musí být konkrétní!

**Dílčí cíle:** vyplývají z hlavního cíle, souvisejí s kroky k dosažení

**Kroky k dosažení cílů:** jaké postupy mohou vést k naplnění cílů. Při jejich plánování musí být brána v úvahu následující kritéria. Kroky musí být:

- Bezpečné a odpovídat celkovému zdravotnímu stavu uživatele, především stupni jeho soběstačnosti
- Dosažitelné při použití existujících prostředků
- Slučitelné s ostatními metodami péče o uživatele
- Respektující názor uživatele při zachování etických norem

**Pracovníci zodpovědní za naplňování konkrétních kroků:** všichni, kdo se na naplňování jednotlivých kroků podílí – zapisuje se ke konkrétním krokům (s kým jsme se přesně na čem domluvili). Není možné stanovit plnění kroku bez předchozí domluvy s konkrétním pracovníkem, zodpovědným za jeho realizaci!

**Termín zhodnocení:** po půl roce

**Kontrola naplnění cíle, vyhodnocení:** zda byl cíl v daném období naplněn dle stanovených kritérií; zhodnocení, zda daný je pro uživatele adekvátní, návrh na další postup, popřípadě změnu cílů – vycházíme ze zhodnocení konkrétních kroků k naplnění cílů. Při hodnocení si dáváme odpovědi na následující otázky:

- Byly cíle dobře formulovány?
- Byly cíle dosaženy?
- Co mělo největší vliv na (ne)dosažení cílů?
- Co selhalo nebo naopak pomohlo?
- Na co je potřeba se zaměřit v dalším plánu?

**Reformulace cíle:** v případě, že daný cíl byl shledán jako nevyhovující, formulujeme cíl nový na základě zjištěných poznatků a dosavadní práce.

**Konkrétní kroky k naplnění cílů:** konkrétní popis, co, kdy, kde, jak a kým bylo uskutečněno nebo se má uskutečnit; po půl roce zhodnocení

**Přehled plánovaných a realizovaných činností:** slouží k přehledu plánovaných a realizovaných termínů plnění konkrétních kroků

5. **Aktuální poznámky** (příloha č. 7) – zapisují se ve zkratce všechny důležité informace týkající se uživatele, např. změny, hospitalizace, použití zábran, pravidelné seznámení s možností s podání stížností, s domácím řádem, zápis o stížnostech či projevech nevole apod.

## II. NÁVAZNOST NA DALŠÍ ZDROJE

Je třeba si uvědomit, že nástup do zařízení je pro mnohé z uživatelů velkým zásahem do jeho dosavadního životního stylu. S rostoucím věkem rostou i obtíže lidí přijímat nové podněty a je snížena schopnost přepracovat osvojené vzory chování (stereotypy, zvyky, postoje ).

Osobní cíle uživatele často vycházejí z jeho situace a způsobu života před započítím poskytování sociální služby a často směřují k využívání běžných veřejných služeb a dalších zdrojů tak, jak je to běžné u jejich vrstevníků a jak byli doposud zvyklí. Je třeba respektovat a brát v úvahu individuální rozhodnutí uživatele o tom, které služby, instituce nebo odborníky bude využívat a s kým se bude, nebo naopak nebude chtít setkávat. Snahou by měla být podpora soběstačnosti, rozvíjení a udržování jeho vlastních schopností, motivace a tím předcházení úplné závislosti na službu. Aby nedošlo k sociální izolaci jako důsledku závislosti na poskytované službě, uživatelé potřebují přirozené kontakty s lidmi mimo sociální služby a mít možnost dle svých představ a přání navštěvovat a využívat i jiná veřejná místa a služby. K těmto běžným komerčním a veřejným službám a místům patří například obchody, restaurace, banky, úřady, kina, výstavy, knihovny, církevní zařízení, rekreační zařízení, lázeňské pobyty, zdravotnická zařízení a jiné.

Cílem zařízení není tyto běžně dostupné veřejné služby nahrazovat, ale aktivně podporovat a vytvářet příležitosti a podmínky, aby mohli uživatelé takové služby využívat. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím. Předpokladem ovšem je vlastní aktivní zapojení a spolupráce uživatelů služby. Není na místě je jakkoliv ovlivňovat nebo jim něco vnucovat.

Velkou důležitost hraje také udržování kontaktů uživatelů s rodinami, přáteli a blízkými lidmi a spolupráce s nimi. Aby byl tento vztah smysluplný, musí být zájem oboustranný.

Abychom předešli nepříjemným situacím, zjišťujeme zájem uživatele o systematickou spolupráci s rodinou při nástupu do zařízení při šetření potřeb.

### Přílohy:

1. **Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů**
2. **Profil uživatele**
3. **Plán obslužné péče**
4. **Určení stupně závislosti na službě**
5. **Pravidelné přehodnocení míry závislosti na službě**
6. **Individuální plán + Konkrétní kroky k naplnění cílů**
7. **Aktuální poznámky**

## **Souhlas se zpracováním osobních a citlivých údajů**

### Účel zpracování:

- individuální plánování služby

### Kategorie osobních údajů:

- jméno a příjmení
- datum narození
- rodinný stav
- kontakt na blízké osoby, které mají být kontaktovány v případě naléhavosti a mohou jim být poskytnuty osobní informace (mimo zdravotních)
- zjištěné potřeby a cíle uživatele

### Kategorie citlivých údajů

- zjištěné potřeby a cíle uživatele

### Kategorie příjemců (osoby, kterým jsou osobní údaje zpřístupněny):

- pověřeni pracovníci zařízení: ředitelka zařízení a pracovníci přímé péče - jsou vázáni povinností zachovávat mlčenlivost o těchto údajích
- subjekt údajů – uživatel služby, kterého se údaje týkají
- osoba blízká (viz kontaktní osoba)

### Způsob uchovávání:

- v samostatných slohách umístěných v kanceláři vedoucí sociálního oddělení
- po vyřazení jsou uloženy jako součást osobního spisu ve spisovně až do doby skartace (dle platných směrnic)

## **PROHLÁŠENÍ UŽIVATELE:**

Souhlasím se zjišťováním, zpracováváním a uchováváním osobních a citlivých údajů pro účely individuálního plánování služby. Zároveň potvrzuji, že jsem byl poučen o způsobu a účelu jejich zpracování - správa a zpracování údajů budou probíhat dle podmínek uvedených výše.

Datum:

Jméno a příjmení:

Podpis:

## PROFIL UŽIVATELE

Klíčový pracovník:

Budova:

Zástupce klíč. prac.:

Poschodí:

Primární sestra:

Číslo pokoje:

Praktický lékař:

**Datum nástupu do zařízení:**

### Osobní údaje:

Jméno a příjmení:

Jak si přeje být uživatel osloven:

Datum narození:

Stav:

Dřívější bydliště (obec):

### Blízké osoby:

Děti (počet, jména, bydliště – obec):

Další důležití příbuzní, příp. přátelé:

Osoby, které mají být kontaktovány v případě naléhavosti (a mohou jim být poskytnuty osobní informace – mimo zdravotních):

Ostatní:

Aktuální stav (omezení, schopnost chůze, mobilita, kompenzační pomůcky, komunikační dovednosti, schopnost adaptace, způsob projevování nevole, časová a místní orientace...)

Vlastnosti, důležité životní mezníky, profese, dosavadní životní styl, aktivity, zájmy, zvyklosti atd.:

## Určení stupně závislosti na sociální službě

### I. Úkony péče o vlastní osobu

- a) **příprava stravy:**
1. rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů,
  2. výběr nápojů,
  3. výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu,
  4. vybalení potravin,
  5. otevírání nápojů,
- b) **podávání a porcování stravy:**
1. podávání stravy v obvyklém denním režimu,
  2. schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení,
  3. rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice,
  4. míchání, lití tekutin,
  5. uchopení nádoby s nápojem, přenesení nápoje, láhve, šálku,
- c) **přijímání stravy, dodržování pitného režimu:**
1. přenesení stravy k ústům alespoň lžící,
  2. přenesení nápoje k ústům,
  3. konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem,
- d) **mytí těla:**
1. umytí rukou, obličeje,
  2. utírání se,
- e) **koupání nebo sprchování:**
1. provedení celkové hygieny, včetně vlasů,
  2. péče o pokožku,
- f) **péče o ústa, vlasy, nehty, holení:**
1. čištění zubů nebo zubní protézy,
  2. česání vlasů,
  3. čištění nehtů, stříhání nebo opilování nehtů,
  4. holení,
- g) **výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:**
1. regulace vyprazdňování moče a stolice,
  2. zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby,
  3. manipulace s oděvem před a po vyprázdnění,
  4. očista po provedení fyziologické potřeby,
- h) **vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:**
1. změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně,
  2. změna polohy ze sedu a do sedu,
  3. změna polohy z boku na bok,
- i) **sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:**
1. schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut,
  2. udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení,

- j) stání, schopnost vydržet stát:**
1. stání, popřípadě s přidržování nebo s oporou o kompenzační pomůcku,
  2. setrvání ve stoji, popřípadě s přidržování nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut,
  3. změna polohy do stoje a ze stoje,
- k) přemísťování předmětů denní potřeby:**
1. vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty,
  2. rozlišení předmětů,
  3. uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama,
  4. zdvihnutí předmětu,
  5. přenášení předmětu z jednoho místa na druhé,
- l) chůze po rovině:**
1. chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem,
  2. chůze v bytě,
  3. chůze v bezprostředním okolí bydliště,
  4. udržení požadovaného směru chůze,
  5. chůze okolo překážek,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů:**
1. chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:**
1. výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám,
  2. rozeznání jednotlivých částí oblečení,
  3. vrstvení ve správném pořadí,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání:**
1. oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla,
  2. obutí vhodné obuvi,
  3. svlékání oděvu z horní a dolní části těla,
  4. zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí:**
1. orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
  2. orientování se v okolí domu nebo školy, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
  3. poznávání blízkých osob,
  4. opuštění bytu,
  5. opětovný návrat do bytu,
- q) provedení si jednoduchého ošetření:**
1. ošetření kůže,
  2. výměna jednoduché pomůcky nebo zdravotnického prostředku,
  3. přiložení ortézy nebo protézy,
  4. dodržování diety,
  5. provádění cvičení,
- r) dodržování léčebného režimu:**
1. dodržování pokynů ošetřujícího lékaře,
  2. příprava léků,
  3. pravidelné užívání léků,
  4. aplikace podkožních injekcí,
  5. provádění inhalací, převazů,
  6. rehabilitace,



## II. Úkony soběstačnosti

- a) **komunikace slovní, písemná, neverbální:**
1. komunikace prostřednictvím mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například sluchadel,
  2. komunikace prostřednictvím písemných zpráv,
  3. komunikace gestikulací,
- b) **orientace vůči jiným fyzickým osobám v čase a mimo přirozené prostředí:**
1. rozlišování známých osob a cizích osob,
  2. znalost hodin,
  3. rozlišení denní doby,
  4. orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo zaměstnání,
  5. zvládnutí pouličního provozu,
  6. dosažení cíle své cesty,
- c) **nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:**
1. znalost hodnoty peněz,
  2. rozpoznání hodnoty jednotlivých bankovek a mincí,
  3. rozlišení hodnoty věci,
- d) **obstarávání osobních záležitostí:**
1. styk a jednání se školou, zájmovými organizacemi,
  2. jednání se zaměstnavatelem, úřady, zdravotnickými zařízeními, bankou
  3. obstarání si služeb,
- e) **uspořádání času, plánování života:**
1. dodržování denního a nočního režimu,
  2. plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne,
  3. rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas,
  4. využití času podle potřeb a zájmů,
- f) **zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:**
1. předškolní výchova, školní vzdělávání nebo odborný výcvik, nebo získávání nových sociálních dovedností,
  2. mimopracovní aktivity podle zájmů a místních možností (hry, sport, kultura, rekreace),
  3. vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů,
- g) **obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):**
1. plánování nákupu,
  2. vyhledání příslušného obchodu,
  3. výběr zboží,
  4. zaplacení nákupu,
  5. přinesení běžného nákupu,
- h) **vaření, ohřívání jednoduchého jídla:**
1. sestavení plánu jídla,
  2. očištění a nakrájení potřebných surovin,
  3. dávkování surovin a přísad,
  4. vlastní příprava jednoduchého teplého jídla, tj. jídla s malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče,

- i) mytí nádobí:**
1. umytí a osušení nádobí,
  2. uložení použitého nádobí na vyhrazené místo,
- j) běžný úklid domácnosti:**
1. mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě
- k) péče o prádlo:**
1. třídění prádla na čisté a špinavé,
  2. skládání prádla,
  3. ukládání prádla na vyhrazené místo,
  4. drobné opravy prádla, např. přišití knoflíku,
- l) přepírání drobného prádla:**
1. rozlišení jednotlivých druhů prádla,
  2. praní drobného prádla v ruce,
  3. sušení prádla,
- m) péče o lůžko:**
1. ustlání, rozestlání lůžka,
  2. výměna lůžkovin,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů:**
1. zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, např. rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby,
  2. telefonování,
- o) manipulace s kohouty a vypínači:**
1. ovládání manipulace s kohouty a vypínači,
  2. rozlišení kohoutů a vypínačů,
  3. ruční ovládání vodovodních kohoutků a elektrických vypínačů,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří:**
1. zavírání a otevírání zámků dveří,
  2. ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:**
1. udržování vybavení domácnosti v čistotě,
  2. vydělování odpadů,
  3. vynášení odpadů na vyhrazené místo,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:**
1. obsluha topení,
  2. praní prádla,
  3. žehlení prádla,

**Počet dosažených bodů:**

Sociální služby Vyškov, příspěvková organizace  
Polní 1 – 3, 682 01 Vyškov

**Plán obslužné péče – objednávka služeb**

**Jméno uživatele:**

**Datum:**

**Úkony péče o vlastní osobu uživatele a úkony pomoci při osobní hygieně požadované uživatelem a poskytované poskytovatelem:**

<b>NÁZEV ÚKONU</b>	<b>Požaduje: ANO/NE</b>
Přinesení stravy k lůžku, ke stolu,vč.úklidu po jídle	
Částečná podpora při podávání jídla a tekutin	
Plná podpora při podávání jídla + tekutin	
Ranní hygienická péče	
Večerní hygienická péče	
Celková hygienická péče na lůžku	
Sprchování	
Péče o pokožku těla	
Čištění zubů, protézy	
Čištění, stříhání nehtů	
Přesun na WC sedačku, manipulace s oděvem před a po vyprázdnění, očista	
Výměna zdravotnické pomůcky ( inkontinence ), manipulace s oděvem, očista	
Prevence dekubitů, opruzenin	
Polohování	
Přesun na vozík, křeslo	
Posazování	
Pomoc při vstávání	
Příprava léků	
Podávání léků	
Noční kontrola (22:00 – 6:00 hod.)	
Jednání s praktickým lékařem	
Výběr oblečení	
Oblékání, svlékání oděvu	
Obutí, zouvání	
Odnesení, přinesení prádla z prádelny	
Ukládání prádla na pravidelné místo	
Úprava lůžka	
Kompletní výměna lůžkovin	

Zpracovaly:



## INDIVIDUÁLNÍ PLÁN UŽIVATELE

**Jméno a příjmení:**

Klíčový pracovník:

Hlavní cíl / datum:

Kritéria naplnění cíle:

Dílčí cíle / datum:

Kroky k dosažení cílů:

Termín zhodnocení:

Kontrola naplnění cíle – vyhodnocení:

Reformulace cíle:

## KONKRÉTNÍ KROKY K NAPLNĚNÍ CÍLŮ

---

Datum, provedené konkrétní kroky k naplnění hlavního i dílčích cílů – kdy, kdo, jakým způsobem; zhodnocení naplnění cílů (po ½ roce)

## AKTUÁLNÍ POZNÁMKY

---

Aktuální stav - změny, hospitalizace, pobyt mimo zařízení, vzniklé problémy (např. spor mezi uživateli), použití zábran, spolupráce s rodinnými příslušníky, pravidelné seznamování s možnostmi podání stížností, seznámení s domácím řádem, důležité poznatky z rozhovorů, stížnosti či projevy nevole apod.

### **Příloha 3: Pracovní náplň pracovníků sociální péče – základní výchovná činnost**

Zařazení dle Katalogu prací / příloha k NV č. 469/ 2002 Sb., ve znění NV č. 564/2006 Sb. /

Jméno a příjmení:		Osobní číslo:	
Pracovní úsek:	úsek sociální – rezidenční služby	Platnost od:	
Katal.číslo:	2.8.1	Platová třída:	5
Název funkce:	Prac. soc. péče – zákl. vých. činnost	Odstavec:	1

#### **Popis prac.činnosti dle Katalogu prací a PT:**

PT 5, odst. 1 – Rutinní práce při vytváření, prohlubování a upevňování základních hygienických a pracovních návyků a při péči o klienty, spolupráce na posilování sociálních a společenských kontaktů klientů

PT 4, odst. 2 – Poskytování pomoci při vytváření základních společenských a sociálních kontaktů, posilování životní aktivizace klientů a uspokojování jejich psychosociálních potřeb

#### Dále vykonává:

- pomáhá při podávání stravy na oddělení a krmení
- provádí jednoduché kondiční cvičení uživatelů ve skupinách pod vedením rehabilitační pracovníce vč. nácviku chůze a vedení k soběstačnosti
- podílí se na kulturní, zájmové a společenské činnosti a seznamuje uživatele s plánovanými akcemi
- doprovází při pobytu venku, na drobné nákupy, kulturní akce v zařízení i mimo něj
- pomáhá při zajišťování doplňkových služeb (kadeřník, holič, pedikúra...)
- pomáhá při práci v terapeutických dílnách
- provádí pracovní-výchovnou činnost s uživateli (společenské hry, procvičování manuální zručnosti a paměti, společné zpívání, poslech, četba, diskuze apod.)
- vede individuální rozhovory s uživateli, logoterapie
- účastní se schůzek s uživateli
- plní funkci klíčového pracovníka, zapisuje záznamy do dokumentace
- při denní práci se zaměřuje zejména na nově přijaté, špatně mobilní a imobilní uživatele a získává je k aktivní spolupráci při vyplňování jejich volného času
- úzce spolupracuje s ostatními pracovníky oddělení
- pracuje dle harmonogramu práce
- dbá na ochranu osobních údajů
- dodržuje mlčenlivost o zjištěných skutečnostech
- pracuje v souladu se standardy kvality sociální péče
- při denní práci dodržuje platné předpisy BOZP a PO a dbá na bezpečnost uživatelů