

Péče o klienty v domovech pro seniory

Eva Krvačná

Bakalářská práce
2007



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2006/2007

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Eva KRVAČNÁ

Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Péče o klienty v zařízeních pro seniory

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretických východisek pro praktickou část práce

Charakteristika výzkumného souboru

Provedení kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření

Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu

Přijetí odpovídajících závěrů

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

EGER, L. Technologie vzdělávání dospělých. 1. vyd. Plzeň : Západočeská univerzita v Plzni, 2005. ISBN 80-7043-398-1.

LAIROVÁ, S. Trénink paměti : Principy, metody a cvičení pro využití a rozvoj paměti. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-293-9.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. Duševní hygiena zdravotní sestry. 1.vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

PARLETTE, S. Tipy, triky a techniky pro trénink mozku. 1.vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-709-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jarmila Celá

Ústav pedagogických věd

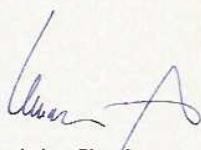
Datum zadání bakalářské práce:

23. února 2007

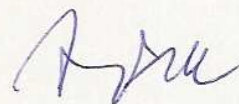
Termín odevzdání bakalářské práce:

25. května 2007

Ve Zlíně dne 23. února 2007



Ing. Jitka Chudarová
pověřená děkanka



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
ředitel ústavu

ABSTRAKT

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část představuje různé aspekty v péči o seniory čerpané převážně z odborné literatury. Zabývám se stářím z psychologického i biologického hlediska a službami poskytovanými v zařízeních pro seniory. V praktické části se zabývám výzkumem, jehož cílem je zjistit, jak vnímají klienti konkrétního zařízení (Domova pro seniory na Burešově) služby, které jsou jim k dispozici. Získané výsledky výzkumu jsem zpracovala a na základě zjištěných údajů podala návrh na zlepšení.

Klíčová slova:

Stáří, senior, sociální služba, sociální práce, sociální pracovník, asistence, rehabilitace, stravování, ubytování, pomoc, péče, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti.

ABSTRACT

The Bachelor work is composed of two parts. The Theoretic part presents various standpoints in care of seniors which were gathered from subject publications. I m engaged not only in senility because of psychological and biological viewpoint but services served up at long-term care facilities for seniors as well.

In the practical part I'm deal with research work which was focused on identification of assets how the clients of the concrete retirements home (Rest Home at Burešov) take in services which are at their disposal.

I had worked up the obtained data of my research and on the basis of the information I filed a proposal of improvement.

Keywords:

Senility, senior, social services, social labour, social worker, assistance, habilitation, food, accommodation, help and support, care, social therapeutic activities, initialize activities.

Poděkovat bych chtěla Mgr. Jarmile Celé za vedení mé bakalářské práce, odborné rady a poznámky.

Dále mé poděkování patří pí. Emílii Mičové z Domova pro seniory Burešov za pomoc a odborné rady při výzkumu.

Také touto cestou děkuji všem seniorům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, za jejich ochotu a vstřícnost.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 7 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 9 |
| 1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA POJETÍ STÁŘÍ..... | 10 |
| 1.1 PERIODIZACE STÁŘÍ..... | 13 |
| 2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY..... | 16 |
| 2.1 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ | 17 |
| 2.2 SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY | 17 |
| 2.3 SOCIÁLNÍ REHABILITACE | 17 |
| 2.4 OSOBNÍ ASISTENCE..... | 18 |
| 2.5 ODBORNÉ TERAPIE | 18 |
| 2.5.1 Aromaterapie | 19 |
| 2.5.2 Arteterapie..... | 19 |
| 2.5.3 Canisterapie..... | 20 |
| 2.5.4 Ergoterapie | 20 |
| 2.5.5 Fyzioterapie | 21 |
| 2.5.6 Masáže..... | 22 |
| 2.5.7 Rahabilitační ošetřování..... | 22 |
| 3 SOCIÁLNÍ PRÁCE | 23 |
| 3.1 ZMĚNY V SOCIÁLNÍ OBLASTI | 24 |
| 3.2 PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA..... | 26 |
| 3.2.1 Pečovatel nebo poskytovatel služeb | 28 |
| 3.2.2 Zprostředkovatel služeb | 28 |
| 3.2.3 Poradce nebo terapeut | 29 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST | 31 |
| 4 DOMOV PRO SENIORY BUREŠOV | 32 |
| 5 CÍL VÝZKUMU | 34 |
| 6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 34 |
| 7 POPIS POUŽITÝCH METOD | 35 |
| 8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU..... | 35 |
| 9 VLASTNÍ VÝZKUM | 37 |
| 10 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU | 44 |
| ZÁVĚR | 45 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 46 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ | 47 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 48 |

ÚVOD

Stáří je jednou ze součástí života. Mnozí z nás již nevěnují seniorům žádnou nebo velmi malou pozornost, i když právě oni si ji zaslouží. Jsou to naše matky a otcové, naši předci, kteří nás vychovali. Jsou to naše babičky a dědové, kteří se tak těší na vnoučata, jsou to lidé, jejichž moudrost je často neuznána a neakceptována. Právě my jsme těmi, kteří mají našim tatínkům, maminkám a prarodičům dát krásné stáří. Jsme to my, kdo si jich má vážit a respektovat. Jako studentka sociální pedagogiky jsem se na praxi setkala s mnoha seniory, o které už vlastní rodina nemá zájem, kteří jsou téměř osamoceni a kteří dokonce své dcery a syny několik let neviděli. Je smutné sledovat, jak tito lidé skoro až dožívají své dny bez radosti, potěšení a pocitu štěstí. Vždyť pro mnoho z nás představuje důchodový věk čas odpočinku, kdy si budeme jen užívat radostí, které život přináší. Tak proč to tak v mnoha případech není?

Jelikož stáří je spojeno s biologickými i psychologickými změnami, je téměř pravidlem, že senioři jsou nuceni využívat sociálních služeb, které jsou zaměřené na pomoc k uchování dosavadního způsobu života v té nejlepší možné míře. Služby pro seniory jsou v dnešní době velmi rozšířeny, proto bychom se neměli zabývat nějakou nespokojeností či nedostatečností služeb. Bohužel v mnoha případech se nikdo neptá, zda je třeba něco zlepšit, či zcela změnit. Proto jsem se rozhodla udělat výzkum v jednom z těchto zařízení, a to v Domově pro seniory Burešov. Tento domov znám již ze své studijní praxe, kdy jsem jej navštěvovala po všechny tři roky svého studia.

Podle většiny dlouhodobých demografických statistik obyvatelstvo stárne a v roce 2050 bude více než třetina obyvatel složena z penzistů. Proto bychom neměli brát na lehkou váhu péči jak sociální, psychologickou, tak i zdravotní. Jelikož sami se jednou staneme, ať chceme nebo nechceme, seniory, je třeba věnovat této oblasti stejnou pozornost, jako těm kterékoliv jiné.

Téma bakalářské práce jsem zvolila ze dvou hlavních důvodů. Jednak jsem delší čas strávila v rámci studijní praxe právě v Domově pro seniory a byla v přímém kontaktu s jeho klienty, a pak sama bych se v budoucí profesní kariéře chtěla věnovat právě této oblasti, tudíž bych se chtěla více ponořit do sociální práce a její hodnocení ze strany klientů.

Práce byla rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. V teoretické části jsem vytyčila 3 hlavní kapitoly. V první z nich, Teoretická východiska pojetí stáří, jsem chtěla

zmapovat dnešní pojetí stáří, různé pohledy na periodizaci a v neposlední řadě i úvahy a odhady složení obyvatelstva v budoucnu. Druhá kapitola je zaměřena na druhy sociálních služeb pro seniory. Vybrala jsem hlavně ty, které jsou nejvíce využívány v domovech pro seniory, a každou zvlášť představila. Ve třetí kapitole se zabývám sociální prací a to z obecného hlediska, z hlediska legislativy a nakonec i z praktického hlediska.

Praktická část bakalářské práce začíná představením Domova pro seniory Burešov, kde jsem prováděla výzkum. Představuji jeho historii, současnost a služby, které poskytuje. V dalších kapitolách se věnuji představením výzkumu. Formuluji cíl celého výzkumu a výzkumné otázky. Dále vymezuji a charakterizuji metody použité při výzkumu. Charakteristika výzkumného vzorku popisuje klienty, kteří se výzkumu zúčastnili. Následuje vlastní výzkum, vyhodnocení výzkumu, doporučení pro praxi a závěr.

Celá práce je doplněna o přílohy, včetně seznam grafů a literatury.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA POJETÍ STÁŘÍ

Jak poznat, kdy už je člověk starý? Jsou údaje v odborných literaturách správné? Máme považovat každého člověka po šedesátém roku věku za starého? Nejsou právě tohle léta, kdy je člověk v tom nejlepším věku? Ano, už není nejmladší, ale znamená to snad, že je starý? Pravdou je, že stárnutí je u každého jedince individuální a proto i jeho začátek se může lišit. Hlavními faktory ovlivňujícími stáří, jeho začátek a průběh jsou zdravotní stav a sociální okolnosti, dále dosavadní způsob života a vrozené dispozice.

Stáří je označení posledních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp. Ten je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirace, sebehodnocení, adaptace a přijetí určité role. (Kalvach a kol., 2004)

Rozlišujeme stárnutí biologické a stárnutí sociální. Biologické je často rozdílné kalendářnímu věku a postihuje celý organismus, projevuje se hlavně omezením výkonnosti jednotlivých orgánů a horšími možnostmi myšlení a smyslových orgánů. V podstatě se jedná o zhoršení zdravotního stavu jedince. Projevuje se poklesem tělesné hmotnosti a výšky, ubývá svalová výkonnost, zhoršuje se motorika jedince a funkce vnitřních orgánů.

Mimo biologického stárnutí jsem zmínila i stáří sociální. Postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Pojem upozorňuje na společné zájmy i na rizika seniorů, k nimž patří např. ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (ateizmus). Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování. (Kalvach a kol., 2004)

Stáří sociální je dáno hlavně odchodem do důchodu a tím také změnou životního stylu. Je charakteristické proměnou sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění. Lidé přestávají chodit do zaměstnání a najednou mají spoustu volného času, tím se mění i psychické rozpoložení. Velká změna je zároveň psychickou zátěží. Každý si s touto situací musí poradit, největšími pomocníky v boji proti duševnímu zestárnutí jsou smysluplná činnost, schopnost aktivního přístupu k životu a zájmy. Jako jeden z nejdůležitějších faktorů je také míra izolovanosti člověka, to znamená zda má partnera,

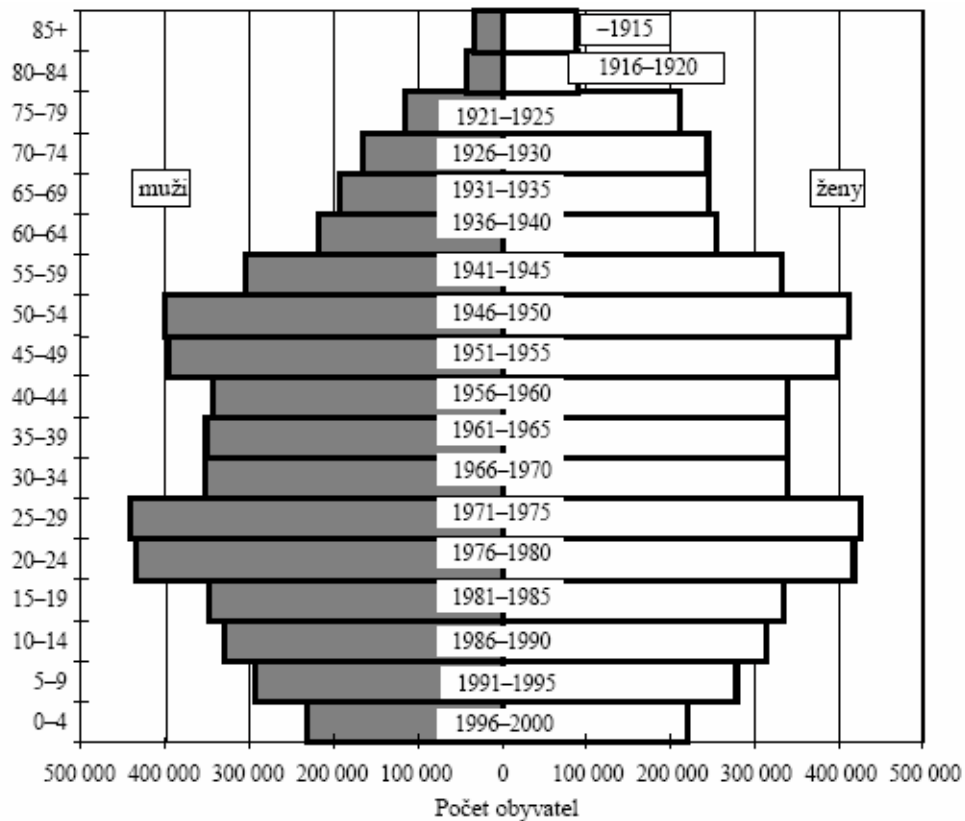
přátele, děti a vnoučata. Jedinec, který je pasivní a nečinný se cítí osamoceně, opuštěně a pozornost obrací k vlastní osobě, soustředí se převážně na vlastní problémy a tím se v nich utápí. Neexistují jakési dané specifické vlastnosti starého člověka, ovšem obecně platí, že některé vlastnosti, které měl dotyčný již dříve, se jakoby zesilují. Staří lidé jsou mnohem méně adaptabilní a tím stále více trvají na svých návycích a stereotypech. Jsou více samotářští, protože často vzpomínají a hodnotí svůj dosavadní život a přemýšlí stále více o smrti, čímž se dostává do melancholické nálady a tím ostatní z jeho okolí začnou mít menší potřebu se s takovým člověkem vídat. Proto se stává, že o starého člověka je už menší zájem.

J. Langmeier definuje stáří takto: „stáří je obdobím po 65. roce života – organizmus slábne, je čím dál náchylnější nemocem a úrazům (oslabení hladiny vápníku v kostech, kornatění cév, úbytek důležitých enzymů, u žen menopauza, atd.). Prožívání starých lidí směřuje k introverzi a melancholii“.

Podle posledních trendů se hovoří o tom, že společnost v Evropské unii stárne a lidé v důchodovém věku se stávají nejpočetnější sociální skupinou. Lékaři jsou naopak jiného názoru a tvrdí, že evropská společnost mládne. Jak je to možné? Podle posledních průzkumů se hranice stáří neustále posouvá a stáří nastupuje čím dál tím později. V dnešní době začíná biologické i psychologické stáří v průměru až v osmdesáti letech. Podle Rabušice se v roce 2030 počet seniorů v naší společnosti téměř zdvojnásobí a v roce 2050 bude třetina obyvatel České republiky ve věku 65 let a více.

Struktura jakékoliv populace se mění díky třem demografickým procesům: porodnosti, úmrtnosti a migraci. Demografie ukázala, že moderní populace ve svém vývoji tendují k tzv. demografické transici, která ve stručnosti znamená, že historicky vysoké míry porodnosti a úmrtnosti se postupně snižují (byť ve fázovém posunu, kdy se úmrtnost snižovala rychleji než porodnost, což vedlo k populačnímu růstu), aby na konci transice byla porodnost i úmrtnost na nízkých a vyvážených hodnotách. (Rabušic, 2002)

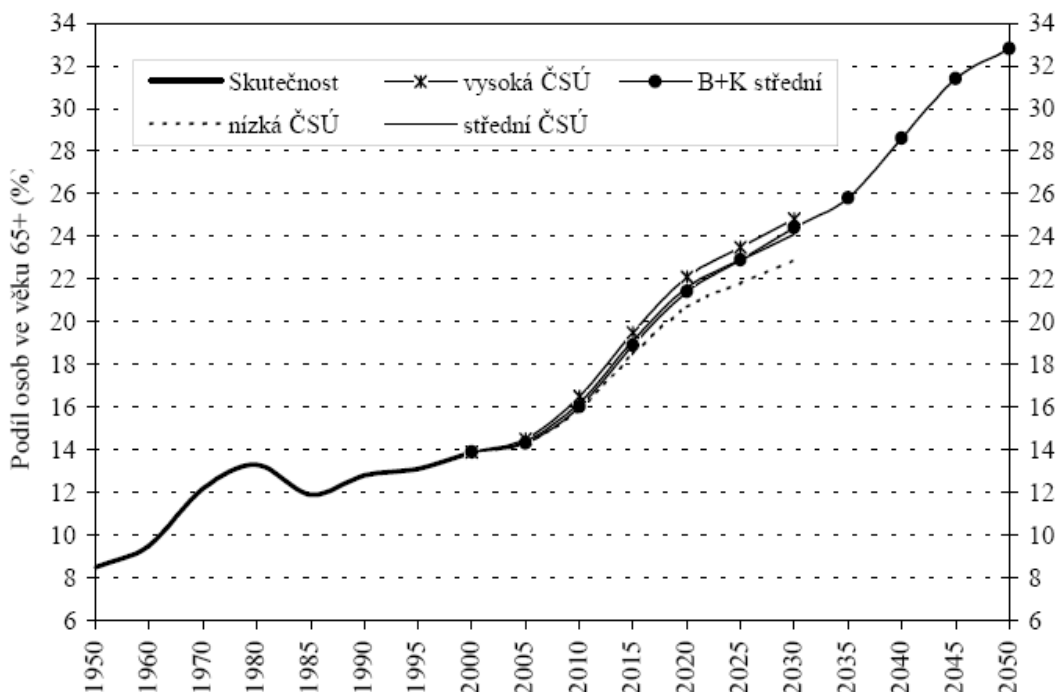
Obr. 1: Věková struktura ČR v roce 2000 (k 31. 12.)



Zdroj: Rabušic (2002)

Jelikož nízká úmrtnost se stává univerzálním faktem moderních společností, je z dlouhodobého hlediska s touto nízkou úrovní úmrtnosti kompatibilní pouze nízká porodnost. A jelikož tato nízká porodnost produkuje populační stárnutí, je tento jev zákonitým efektem ukončené demografické transice – rodí-li se relativně málo dětí a úmrtnost je stabilizována (nebo se stále snižuje). (Rabušic, 2002)

Obr. 2: Podíl osob ve věku 65 let a starších, ČR 1950-2050



Pozn.: Data pro období 2005–2030 pocházejí z projekce ČSÚ z roku 1999, pro období 2030–2050 ze střední varianty projekce vypracované Burcinem a Kučerou z katedry demografie PŘF UK (viz Populační 2001: tab. II.5).

Úvahy o budoucích počtech seniorů jsou samozřejmě založeny pouze na odhadech a skutečný vývoj, především ve vzdálenějším časovém horizontu, může být odlišný. Nicméně narůstající počty seniorů jsou již dnes pevně zabudovány v české věkové struktuře. Od roku 2005 začala do důchodu odcházet početná poválečná kohorta zrozená v období 1946-1950. Nejdříve ženy a v roce 2008 se přidají i muži. V roce 2010 by se měla připojit stejně početná kohorta osob zrozená v období 1951-1955. (Rabušic, 2002)

Charakteristické znaky seniorské populace:

- Heterogenost
- Ohroženost (zranitelnost)
- Převaha žen
- Ekonomická limitovanost

- Změna struktury volného času

Rizika seniorské populace:

- Pauperizace (snížená ekonomická úroveň)
- Věková diskriminace, předsudky
- Segregace a generační intolerance
- Malá adaptace na stáří
- Osamělost
- Zhoršení orientace ve společenském dění
- Pokles schopnosti a vůle signalizovat své potřeby a potíže
- Manipulování, zanedbávání a týrání nesoběstačných jedinců
- Vyšší nemocnost = zvýšené riziko ztráty soběstačnosti

1.1 Periodizace stáří

Názory na periodizaci stáří se různí. Dokonce někteří autoři, kteří se zabývají převážně vývojovou psychologií období dětství a dospívání, vůbec jednotlivá vývojová stádia období stáří nerozlišují. Autorem jednoho z nejstarších názorů na rozdělení stádia tohoto období je Komenský a jeho dělení lidského věku, kde rozlišuje termíny starý muž a kmet, (Čížková, 2001, s.129). A přestože je stáří stále zkoumáno a

Poslední fázi svých věkových období Příhoda nazývá senium a dělí ji do třech kategorií:

1. senescence od 60 do 75 let
2. kmetství od 75 do 90
3. patriarchium od 90 let

V prvním období se stárnutí projevuje v míře určené kvalitou zárodečné buňky, působením vnějších vlivů a životosprávy a organismus je ještě odolný a zdatný. V etapě druhé je odolnost organismu výrazně snížena a involuční procesy postupují rychleji. V tomto

období podle Příhody se jedinec odklání od materiálních hodnot k hodnotám duchovním, od extroverze k introverzi a od altruismu k egocentrismu. Člověk ve věku nad 90 let je výrazně osamělý, objevuje se rezignace a očekávání blízkého konce.

Erikson vychází z myšlenky, že člověk v každém z vývojových etap musí vyřešit určitý psychosociální konflikt. V etapě stáří tedy musí člověk dosáhnout osobní integrity, která je výsledkem celého dřívějšího života, (Čížková, 2001, s. 130).

Nekonečný (1993) klasifikuje vývojové období stáří do dvou etap:

1. počáteční stáří od 60 do 75 let
2. pokročilé stáří od 75 let

U Švancary (1979) se etapa stárnutí objevuje již před 60. rokem věku. Rozlišuje tato období:

1. stárnutí (presenium) od 46/48 do 65 let
2. stáří (senium) od 65 let
3. vysoký věk od 75 let

Stáří jako 3. věk (3V) podle Topinkové a Pacovského:

1. 3V-1 65 - 74 let
2. 3V-2 75 - 84 let
3. 3V-3 85 let a více

Podle Světové zdravotnické organizace se rozlišuje období raného stáří (60-74 let), období pravého stáří (75-89 let) a stařeckost (nad 90 let).

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

S věkem stoupá i potřeba pomoci v osobních záležitostech, jako například pomoc při osobní hygieně, při stravování, ubytování, při chodu domácnosti, nebo například při prosazování práv a zájmů. Sociální služby pro seniory zajišťují služby tak, aby každý senior, či starší člověk mohl vést co nejaktivnější život, dle svých vlastních nároků. Sociální služby jsou buď pobytové, ambulantní, nebo terénní. Podle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách je sociální služba činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivých sociálních situacích. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení. Pobytové služby ubytovávají klienty v zařízeních sociálních služeb. Za ambulantními službami klient sám dochází, nebo je dopraven zajištěnou doprovodnou či dopravní službou. Ubytovaní zde zahrnuto není. A poslední terénní služby jsou poskytovány v sociálním prostředí klientům vlastním.

Cílem bývá mimo jiné:

- Rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu
- Rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život
- Snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí

Poskytování sociálních služeb pro seniory se zaměřuje zejména na pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, dále poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Sociální

služby mohou být poskytovány jak v domácím prostředí, tak v ubytovacím či zdravotnickém zařízení. Budu se zabývat službami poskytovanými v domovech pro seniory.

2.1 Sociální poradenství

Prostřednictvím poskytování informací, rad a další pomoci poskytuje klientovi, či uživateli podporu při řešení jeho potíží. Poradny pomáhají klientovi dopomoci k tomu, aby byl schopen své problémy řešit. Cílem není řešit problémy za klienta, pouze mu poskytnout takové informace, jaké si řešení jeho problému žádá, a podpořit jej. Poradny poskytují komplexní informace a rady při řešení potíží uživatelů, asistenci při řešení jejich těžkých životních situací, informace o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech. Pracovníci takových poraden se snaží poskytnout klientovi více možností řešení jeho problémů nebo životní situace a pomoci mu tyto možnosti realizovat a tím mu umožnit, aby byl vlastními silami schopen vyřešit svou životní situaci nebo problém. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služby se poskytují bezúplatně. Takové sociální poradenství je prakticky součástí všech druhů sociálních služeb.

2.2 Sociálně zdravotní služby

Podle Ministerstva práce a sociálních věcí je hlavním úkolem sociálně zdravotních služeb napomáhání k zajištění fyzické i psychické soběstačnosti osob, jimž jsou poskytovány. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří již nepotřebují akutní lůžkovou péči, ale současně nejsou na tolik soběstační, aby zvládli sami každodenní úkony a tato služba jim z objektivních důvodů nemůže být poskytnuta v domácím prostředí. Tyto služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb, nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Jsou hrazeny klientem, pouze zdravotnické úkony se hradí z fondů veřejného zdravotního pojištění.

2.3 Sociální rehabilitace

Služba je podle Ministerstva práce a sociálních věcí zaměřena na podporu integrace osob se zdravotním postižením. Jedná se o soubor činností zaměřených na nácvik potřeb-

ných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb.

2.4 Osobní asistence

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí se pod pojmem osobní asistence rozumí poskytování pomoci a služeb nemocným lidem, lidem s fyzickým, mentálním, nebo psychickým handicapem a starším občanům. Pomoc se zaměřuje na překonávání každodenních problémů spojených s běžnými činnostmi, které zdravý, mladý člověk zvládá zcela automaticky a vůbec o nich nepřemýšlí. Služba se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí, v předem dohodnutém rozsahu a čase a poskytuje se za úplatu. Služba představuje ideální způsob kompenzace postižení, který umožňuje i člověku s velmi těžkým postižením žít doma, ve vlastní domácnosti životem, který se co nejvíce blíží běžnému standardu. Osobní asistent pomáhá klientovi naplňovat tyto základní životní potřeby:

- Biologické – jídlo, pití, spánek, toaleta, hygiena, úprava prostředí, polohování, pohyb, apod.
- Kulturní – vzdělání, zaměstnání, kultura, nakupování, procházky, styk s lidmi, úřady, apod. (Hrdá, 2004)

Osobní asistent je klientovi partnerem, jejich vzájemný vztah je velmi osobní a zasahuje do intimní oblasti. Asistence řeší sociální handicap, tj. oddělení člověka od společnosti v důsledku jeho zdravotního znevýhodnění, jedná se tedy zejména o sociální zabezpečení klientů.

2.5 Odborné terapie

Terapie jako léčebný postup se využívá v zařízeních pro seniory v hojně míře. Nejčastější terapie jsou muzikoterapie, aromaterapie, arteterapie, canisterapie, ergoterapie a fyzioterapie. Muzikoterapie je zaměřena na léčbu hudbou a je důležitou součástí rehabilitace. Přispívá ke zmírnění stresu, k přirozenému posílení imunitního systému a může mít i pozitivní vliv na klienty z hlediska psychiky. Je jednou z nejúčinnějších metod léčení následků stresů, neuróz, depresivních stavů, psychických, sexuálních a psychosomatických

poruch. Účinky meditační a relaxační hudby jsou dnes již prokázány a dobře známy. Pravidelný poslech zlepšuje koncentraci, usnadňuje rozhodování, rozvíjí tvůrčí myšlení, tříbí paměť a fantazii. Pravidelná relaxační cvičení mírní bolesti hlavy, únavu, podrážděnost, zvyšují kreativitu celkovou pracovní aktivitu. (Korec, 2001)

2.5.1 Aromaterapie

Aromaterapie je jednou z nejrozšířenějších terapií u široké veřejnosti. Je to terapeutické ošetření, které podporuje zdraví, ulevuje při zátěži a stresu, posiluje imunitu organismu a harmonizuje tělesné a duševní pochody. Terapie využívá esenciálních olejů, neboli éterických olejů, které se získávají z různých částí rostlin (z květů, listů, či kůry). Každá rostlina obsahuje ve svých kořenech, lodyhách, listech, semenech a květech kombinaci olejů. Tyto silice (éterické oleje) se využívají ve velké míře v kosmetice, potravinářství, či farmaceutickém průmyslu. Silice stimulují nervové buňky a vysílají signály do limbického systému mozku. Ten ovlivňuje mimo jiné instinkty, náladu, nebo paměť. Éterické oleje působí jak na fyzickou, tak i na psychickou stránku člověka. Po fyzické stránce zmírňuje bolesti, působí na křečové žíly, nebo vysoký či nízký tlak. Na lidskou psychiku působí zklidňujícím vyrovnávajícím či osvěžujícím dojmem.

2.5.2 Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Během terapie se pracuje s rozličnými materiály – hlinou, kamenem, dřevem, papírem, barvami, apod. Také používaných technik je celá řada, např. Volné čmárání tužkou, volná kresba prsty, volná kresba barvou na navlhčený papír, koláž, užití přírodních materiálů, tématické kresby, apod. (Caselová, Dalleyová, 1995)

Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány. Arteterapie u nás dosud nemá jasně vyhraněný profesní statut, jako terapeuti působí absolventi široké škály oborů – speciální a výtvarní pedagogové, psychologové, lékaři, střední zdravotnický personál, atd.

Při výtvarném vyjadřování se rozvíjí vnímání a představivost. U klientů dochází k redukci psychické tenze, uvolnění kreativity, relaxaci, odreagování, uvědomění si sebe

sama, vytváření rovnováhy a integrace všech složek psychiky. Vyhodnocení výtvarného projevu je neméně důležité a používá se interpretace jednice, který ostatním sdělí, proč tvořil daným způsobem a co chtěl vyjádřit a po té ostatní mohou doplňovat své dojmy. Jindy je každé dílo zhodnoceno kolektivem a až po té se k němu vyjadřuje autor.

Jako výhody arteterapie se uvádí nenápadný a přirozený vliv na chování a jednání jedince pomocí výtvarné činnosti, lepší pochopení duševního života klienta, odreagování klientů při skupinové práci, poznávání vztahů mezi sebou navzájem poznávání sebe sama. Terapeutická činnost začíná rozhovorem s klientem, který uvolní atmosféru a vyvolá příjemnou náladu. Od obecných věcí terapeut postupně přechází do oblasti, kde má klient něco nevyřešeného a z tohoto rozhovoru vyplynou témata pro výtvarná vyjádření. Poprání následuje reflexe a rozbor díla. Po té, co klient odejde, terapeut si poznamenává své postřehy. (Hlináková, 1997)

2.5.3 Canisterapie

Canisterapii můžeme definovat jako způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž klade důraz na psychologické, citové a sociálně-integrační problémy a jejich řešení. Působení na fyzické zdraví člověka je až druhotné. Pes už svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu všude tam, kde je jí nedostatek. Psi musí nejdříve složit zkoušky, jimiž se testuje jejich povaha a zda jsou tedy vhodné pro canisterapii. Základem terapie je hlazení a mazlení. Obojí musí pes vydržet dlouho, proto se pes pro terapii připravuje již od štěněte, zvyká si na různé situace a prostředí, se kterými se může setkat. Přivyká si na různé možnosti komunikace a různé zvuky. Majitel psa musí zajistit, aby z něj vyrostl klidný a vyrovnaný pes, který bude trpělivý a společenský, a unese velkou psychickou zátěž. Canisterapie si klade za cíle především rozvoj citových schopností (hlazení a mazlení vyvolává něžnost, apod.), rozumových schopností (soustředěnost, sebeovládání, či pozorovací schopnosti) a pohybových schopností (rozvíjí se hrubá i jemná motorika, pohybová aktivita).

2.5.4 Ergoterapie

Ergoterapie je terapie motoricko-intelektuálních funkcí a sociálních schopností s cílem dosažení samostatnosti v osobním, sociálním a pracovním životě. Geriatrická zařízení se stále více zaměřují na aktivizaci svých klientů, opouští model pasivní péče

v ošetřovatelství a v případě onemocnění, či úrazu je zahájena včasná komplexní rehabilitace se snahou snížit nesoběstačnost a závislost a tím prodloužit kvalitní a nezávislý život.

K hlavním aktivitám ergoterapie řadíme:

- Hodnocení funkční zdatnosti a rozsahu aktivit každodenního života klienta, využívá se pozorování klienta při plnění zadaných úkolů
- Hodnocení náročnosti a bezpečnosti sociálního prostředí seniorů a návrhy na možné úpravy
- Výběr, testování, nácvik používání a ověřování kompenzačních pomůcek
- Komplexní práce s klienty postižených demencí
- Aktivity zaměřené na pohybovou koordinaci a jemnou motoriku
- Provádění kognitivní rehabilitace, stimulování podmiňování, mozkového tréninku a rehabilitace fatických poruch, včetně s využitím počítačových programů
- Pohybové aktivity (hry, tanec, jógová relaxace, apod.)
- Aktivity k posílení sebehodnocení, odvedení pozornosti od životní situace (Kalvach a kol., 2004)

2.5.5 Fyzioterapie

Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na prevenci, diagnostiku a léčení poruch funkcí pohybového systému. Prostřednictvím pohybu a dalších fyzioterapeutických prostředků cíleně ovlivňuje funkce i ostatních systémů včetně funkcí psychických. Fyzioterapie je poskytována tam, kde jsou pohyb a funkce organismu porušeny nebo ohroženy procesem stárnutí, úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou. Základními složkami jsou:

- diagnostická, zabývající se zhodnocováním funkčních změn pohybového systému
- terapeutická, zahrnující snahu o cílenou nápravu daných změn

Fyzioterapie je nedílnou součástí komplexní péče o klienty. Ke každému z nich se přistupuje individuálně. Terapeut se s každým klientem seznámí, určí, na jakém vývojovém stupni se nachází, zhodnotí stupeň a typ postižení, patologické změny pohybového aparátu (pokud nim došlo) a navrhne nejvhodnější typ cvičení a ostatních doplňujících rehabilitačních technik (hippoterapie, balneoterapie, polohování, masáže, apod.). Cvičení probíhá ve dvou formách - individuální a skupinové. (Kalvach a kol., 2004)

2.5.6 Masáže

Masáže jsou soubory masážních hmatů prováděných s léčebným zaměřením v určitém sledu na těle pacienta. Masáž je léčebný výkon spočívající v působení rukou (popřípadě speciálního přístroje) na měkké části těla (kůži, podkoží, svaly). Masáž zlepšuje místní prokrvení a odtok lymfy, příznivě ovlivňuje nervové funkce i metabolismus příslušných tkání, zmírňuje svalové napětí. (Lacroix, Bowhay, 1998)

U mnohých klientů může usnadnit rehabilitaci, může pomoci klientovi soustředit pozornost na jeho vlastní tělo. Přispívá k tomu, aby se klient naučil lepšímu způsobu odpočívání a vyrovnání se se svou situací. Mezi léčebné masáže patří masáže klasické, reflexní, tlakové, vibrační, masáže vnitřních orgánů. U léčebných masáží se aplikace podřizuje výhradně stavu pacienta.

Fyziologické účinky masáží:

- Místní- odstranění zrohovatělé části pokožky, snížení či zvýšení svalové ho napětí, vyprazdňování lymfatických žil a kapilárních cév, podporuje vstřebávání otoků
- Vzdálené- působí reflexně do hlubších vrstev orgánů

2.5.7 Rehabilitační ošetřování

Ošetřovatelství zahrnuje péči v době nemoci a rehabilitace. Zabývá nefyzickými, duševními i sociálními důsledky nemocí a úrazů, i umíráním. V rámci poskytovaných zdravotnických služeb je v ošetřovatelské praxi nesmírně důležitá týmová spolupráce. V oblasti péče o těžce zdravotně postižené a geriatrické klienty, kteří jsou ohroženi negativními důsledky imobilizace, je naprosto nezbytná spolupráce sester a rehabilitačních pra-

covnic (fyzio-ergoterapeutek). Při ošetřování těchto klientů sestry uplatňují řadu rehabilitačních prostředků jako preventivní opatření proti vzniku komplikací a sekundárních změn. (Klusoňová, Pitnerová, 2000)

Rehabilitace vede k :

- Obnovení poškozených a ztracených funkcí
- Zlepšení poškozených funkcí
- Udržení funkce či zpomalení progresu
- Náhradě ztracených a poškozených funkcí (Klusoňová, Pitnerová, 2000)

Charakteristickým rysem rehabilitačního ošetřování je každodenní a produktivní spolupráce sestry s rehabilitační pracovnící (ergoterapeutkou, fyzioterapeutkou) a účelná dělba práce. Rehabilitační ošetřování se používá na všech pracovištích, kde jsou léčeni klienti s těžkým zdravotním postižením a následnými poruchami hybnosti, geriatrickí klienti a klienti s chronickými a nevléčitelnými chorobami, u nichž došlo k omezení hybnosti v důsledku snížení energetických zdrojů organismu.

Rehabilitace se v celém svém širokém kontextu se v současné době stává nezbytnou součástí v péči o klienty bez věkového omezení i typu postižení. V oblasti péče o seniory hraje stěžejní roli. Je tím efektivnější, čím je komplexněji a systematictěji prováděna. Kromě udržení či zlepšení schopnosti soběstačnosti (nebo sebepečce) seniorů a tím snížení potřeby jejich zabezpečení a dopomoci je velmi významný přínos v samotném prožívání seniorů, neboť je tímto zachován i jejich pocit vlastní důstojnosti. (Gangale, 2004)

3. SOCIÁLNÍ PRÁCE

Tato teoretická i praktická disciplína vychází z mnoha vědních oborů, jako jsou psychologie, sociologie, ekonomie, právo, pedagogika, lékařství, apod. Dle Mezinárodní federace sociálních pracovníků sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Zaměřuje se na společenské bariéry, nerovnosti a nespravedlnosti. Obtížné životní situ-

ace zažívají různí lidé, proto jsou klienty sociálních pracovníků nejen bezdomovci, drogově závislí jedinci, duševně nemocní či mentálně postižené osoby, ale i týrané ženy a děti, nezaměstnaní občané, či uprchlíci hledající azyl.

V Čechách i na Moravě má sociální práce hluboké tradice. Po druhé světové válce byly tyto tradice porušeny, téměř na 40 let. Změnily se příjmové a vlastnické poměry, ubylo bohatých i chudých, ale k vymizení sociálních problémů však nedošlo. Za komunistické vlády došlo k přerušení souvislosti s vývojem praxe sociální práce na Západě, což ovšem nemusí být pouhou nevýhodou nebo známkou zaostávání. (Řezníček, 2006)

K největší změně v oblasti sociální práce v ČR došlo po roce 1990, kdy přes četné reformy docházelo k nárůstu nezaměstnaných, závislých na drogách, osob bez přístřeší, nezaopatřených, zločinců, apod. Problémy se stále prohlubují, proto se vytváří spousta institucí, které mají za cíl řešení těchto problémů. Největší důležitost přitom mají sociální politika, zařízení sociální péče a hlavně lidé. Mezi tyto sociální pracovníky patří jak specializovaní odborníci, tak i dobrovolníci, zájemci o problematiku bez odborné kvalifikace, bývalí klienti sociálních zařízení a v neposlední řadě i rodinní příslušníci. (Řezníček, 2006)

Sociální práce se dělí dle dvou faktorů. První dělení je tzv. dle zaměření:

- Individuální -práce se jednotlivcem,
- Skupinová -práce se skupinou klientů, které spojuje společný problém
- Komunitní -práce s větším společenstvím lidí, které má specifické problémy a tím se odlišují od ostatních společenství

Další dělení je dle

- Preventivní -předcházení vzniku sociálních problémů (primární, sekundární, terciální)
- Kurativní -řešení již vzniklých sociálních problémů

Zdroj: <http://socialnipomoc.ic.cz/>

3.1 Změny v sociální oblasti

Hlavním důvodem pro vypracování a přijetí nového zákona o sociálních službách byla potřeba změnit systém sociálních služeb, který funguje na základě nevyhovující právní

úpravy z konce osmdesátých let minulého století a z hlediska požadavků dnešní doby je už překonaný. Od 1.1. letošního roku se zvýšily všechny typy důchodů a došlo k řadě významných změn, které se dotýkají nejen seniorů. Hlavním cílem je ochrana práv a oprávněných zájmů lidí, kteří mohou být v jejich prosazování v nevýhodě z důvodu zdravotního postižení, věku nebo nepříznivé životní situace. Dále pak vytvoření podmínek pro uspokojování přirazených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti.

K splnění výše uvedených cílů nabízí nový zákon tyto nástroje:

- Každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství
- Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládání péče o sebe a v soběstačnosti, bude poskytována státem sociální dávka „příspěvek na péči“
- Lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých, nabízí pestrou nabídku sociálních služeb, ze které si mohou vybírat podle svého uvážení a finančních možností
- Zákon garantuje, že poskytované služby budou pro klienta bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí

Z dávek sociální péče byl zrušen tzv. doplatek do životního minima, příspěvek na výživu, příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, jednorázové dávky rodičům nezaopatřených dětí, těhotným ženám a nezaopatřeným dětem i jednotlivcům (sociálně potřebným seniorům, občanům se zdravotním postižením, i těm, kteří se přechodně ocitli v mimořádně obtížných poměrech nebo v nich žijí). Dále příspěvek na zřízení a změnu připojení telefonní účastnické stanice a příspěvek na její provoz. Kromě pevných linek budou nově i některé mobilní linky telefonní operátorů zvýhodněny u občanů se zdravotním postižením, i když jejich podmínky ještě nejsou zcela vyjasněny. Z dávek sociální péče tedy zůstaly zachovány pouze některé z dávek pro občany se zdravotním postižením (mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany, jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, příspěvek na provoz motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu, příspěvek na zvýšené

životní náklady, příspěvek na úhradu bezbariérového bytu a garáže a příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům na krmivo pro vodícího psa). (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Od stejného data se zákon zavedl novou dávkou s názvem příspěvek na péči. Ta se bude týkat osobám závislým pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Tento zákon dává občanům vybrat kdo a kde o něj bude pečovat. Výše příspěvku se bude odvíjet od míry závislosti. (Pobořilová, 2007)

Ke dni 1.1. 2007 vstoupil v platnost zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, a zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Tímto by měl výrazně klesnout počet lidí závislých na sociálních dávkách. Aby tedy co nejvyšší počet občanů zajistil sobě i svým dětem živobytí vlastním přičiněním. Nově se posuzují okruhy společně posuzovaných osob a i zde došlo k velkému zpřísnění podmínek.

Občanům, kteří budou delší dobu setrvávat ve stavu hmotné nouze, bude nejdříve od 1.1.2008 zvýšena částka na živobytí. Budou poskytovány tři dávky . příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc.

Celý systém sociálních dávek je nejen přísnější oproti minulému, ale i poměrně složitější.

3.2 Práce sociálního pracovníka

Sociální práce obecně je založena na přesvědčení, že cílenými kroky lze snížit nepříznivý sociální vliv, popřípadě výskyt takových jevů, jako je například zanedbávání a týrání dětí, podvýživa, špatné hygienické návyky, nedostatečná integrace postižených dětí a dospělých do většinové společnosti, delikvence mladistvých, závislost na alkoholu nebo drogách, konfliktní partnerské soužití, chudoba, nezaměstnanost, osamělost nebo zločinnost. (Řezníček, 1997)

Specifikem profese sociální práce je požadavek osobního nasazení pracovníků při řešení problémů jejich klientů. Jako profesionál by měl mít každý sociální pracovník určité osobnostní předpoklady, jako například empatii, vřelost, tvořivost, flexibilita. Bez schopnosti vhledu do situace klienta, bez vstřícného zájmu a respektu vůči němu a bez jednoznačné komunikace je pracovní vztah ke klientům značně problematický, nemotivuje ke spolupráci a může zůstat v podstatě nefunkční. Podstatnou součástí výkonu této profese je

schopnost adekvátního zvažování a hodnocení klientů a jejich situace, k níž je třeba určité zkušenosti a zralosti, zejména pokud klienti pocházejí z odlišného kulturního prostředí. V tomto ohledu hrají důležitou úlohu také základní hodnoty nebo filosofie sdílené profesionálním pracovníkem. (Řezníček, 1997)

Profese sociální práce předepisuje několik instrumentálních hodnot. Některé mohou být vnitřně rozporné, jiné zase ve vzájemném konfliktu, proto je třeba brát v úvahu každý případ individuálně. Jednou z hodnot je respektování svobodného rozhodování klientů, čímž se chápe aktivní spoluúčast na jejich rozhodování nebo jednání zprostředkováním možných alternativ. Řešitelé problémů však i nadále zůstávají sami klienti.

Další důležitou hodnotou sociální práce je respektování důvěrnosti sdělených informací. Přednostní přístup k informacím by měl mít především klient a osobní data by mělo být možno předávat mimo zařízení sloužící klientům pouze s jejich výslovným písemným svolením, pokud zákon nebo soudní rozhodnutí nestanoví jinak.

Sociální práce převzala ze západního vzoru několik profesionálních zásad provázejících výkon praxe. Patří k nim dodržování sféry působnosti sociální práce (její vymezení ve vztahu k psychoterapii na jedné straně a politickému aktivismu na straně druhé), vědomé využívání vlastní osobnosti v praxi, zachovávání profesionální objektivity, respekt vůči rozdílu mezi lidmi, zejména pokud jde o marginální a menšinové osobnosti a skupiny, celostní přístup ke klientům, respektování jejich důstojnosti, individuální přístup ke klientele, využívání silných stránek osobnosti klientů, maximalizace spoluúčasti klientů, předávání funkčních dovedností klientům, příklon k „filosofii normalizace“, průběžnost vyhodnocování a zodpovědnost vůči klientům, zaměstnavateli, obci nebo komunitě a profesi. (Řezníček, 1997)

Sociální pracovník může být také činitelem sociálních změn, tj. člověkem angažujícím se při identifikaci a řešení širších společenských problémů. V rámci tohoto působení na sebe bere funkce analytika sociálních problémů, mobilizátora vůle komunity, skupinového advokáta a povzbuzovatele sociální iniciativy, případně mobilizátora politických hnutí. (Řezníček, 1997)

Je důležité, aby pracovník respektoval klienta, jeho lidskou důstojnost. Mít k němu úctu jako k jedinečné, neopakovatelné bytosti, vážít si ho a dát mu to najevo jsou jedny z podmínek pro efektivní práci s klienty. Podle psychologie sociální práce je důležité při-

jmout klienta, dávat najevo spoluúčast, porozumění mezi klientem, jeho rodinou a personálem. Tím pracovník dosáhne lepšího vzájemného porozumění, atmosféry klidu, pochopení, pokoje a lásky.

Na prvním kontaktu mezi sociálním pracovníkem a klientem často záleží, jak se bude odbíjet následná intervence a jaké mohou být její výsledky. První dojmy předurčují budoucí role obou stran a vymezují možnosti jejich vzájemné spolupráce. Zejména je třeba, aby klient porozuměl poslání zařízení sociální pomoci nebo péče a aby měl jasno o povaze pomoci nebo služby, kterou mu sociální pracovník a dané zařízení může poskytnout. Sociální pracovník by měl mít profesionální zájem na tom, aby klienta zaangažoval a motivoval ke změně chování či životních podmínek. (Řezníček, 1997)

Před vlastní intervencí musí sociální pracovník vyhodnotit získané informace o klientech tak, aby mohl jednat v zájmu nápravy. Diagnóza spočívá v pořízení klíčových informací o sociálních problémech klienta a jejich zhodnocení. Nejobektivnější a nejucelnější představu o situaci může sociální pracovník získat v přirozeném prostředí klienta. Dotazování je důležitou složkou komunikace, užívá se k navázání kontaktu, zpřesnění informací či překonání bariér.

3.2.1 Pečovatel nebo poskytovatel služeb

Napomáhá klientům v jejich denním životě tam, kde vzhledem k postižení, onemocnění, slabosti nebo jiné neschopnosti sami nezvládnou vykonávat důležité činnosti. Takové služby je možno poskytovat v pobytovém zařízení či v domácnostech klientů.

3.2.2 Zprostředkovatel služeb

Pomáhá klientům získat kontakt s potřebnými sociálními zařízeními, případně jinými zdroji pomoci. Síť sociálních služeb někdy nebývá dobře koordinovaná, klientům nejsou předem známa existující zařízení, někdy je také nutno stanovit hierarchii potřeb služeb podle jejich naléhavosti. Sociální pracovník zastává funkce situačního diagnostika, odhadce dostupných zdrojů pomoci, informátora klienta, toho, kdo klientovi případně doporučuje jiné zařízení, obhájce jeho potřeb a koordinátora osob účastnících se práce s klientem.

3.2.3 Poradce nebo terapeut

Pomáhá klientům získat náhled na jejich postoje, pocity a způsoby jednání, se záměrem napomoci jejich osobnímu růstu nebo adaptabilnějšímu jednání. V této roli se chápe funkcí psychosociálního diagnostika, poradenského pracovníka, socioterapeuta, případně výzkumníka v praxi.

Dalšími rolemi sociální práce jsou cvičitel (učitel) sociální adaptace (který napomáhá klientům modifikovat své chování tak, aby mohli co neúčinněji řešit své problémy), případový manažer (usiluje o zajišťování, koordinaci vhodný výběr a souvislé poskytování komplexu služeb), manažer pracovní náplně (tj. organizátor často nadměrného objemu práce, plánuje načasování a dávkování intervence, sleduje kvalitu poskytovaných služeb a průběžně zpracovává informace), personální manažer (zajišťuje výcvik a výuku, supervizi, konzultace a řízení pracovníků zařízení), administrátor (tj. vedoucí pracovník nebo ředitel zařízení, který rozvíjí, plánuje a zavádí způsoby práce).

Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost. (Zákon o sociálních službách, 2005)

Pracovník v sociálních službách vykonává:

1. přímou obslužnou péčí o osoby spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb
2. základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvoj osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění asistenční služby a osobní asistence

3. pečovatelskou činnosti spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti v územním celku.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DOMOV PRO SENIORY BUREŠOV

Domov byl založen jako Domov důchodců Burešov v prosinci roku 1984. Patřil pod Okresní ústav sociálních služeb, jehož zřizovatelem byl Okresní úřad ve Zlíně. 31.12. 1997, kdy byla organizace okresní ústav sociálních služeb, se stal rozpočtovou organizací. Od 1.10. 2000 Domov důchodců příspěvkovou organizací s právní subjektivitou, jehož zřizovatelem je Krajský úřad Zlín. V současné době ubytovává 180 klientů a to muže i ženy ve 92 pokojích. Každému klientovi je poskytnuto ubytování ve dvoulůžkovém pokoji o rozloze 15 m². Každý pokoj je minimálně vybaven válemdou nebo postelí dle zdravotního stavu klienta, skříňové sestavy, sociálním zařízením a dostupnou signalizací u každého lůžka. Na každém z pěti pater je klubovna s televizemi, kuchyňky pro klienty, odpočívací zóny. Podle vnitropodnikové směrnice bydlení v domově nesmí nést známky nemocničního režimu a je třeba ponechat na klientovi, aby si režim dne určoval sám.

Dle uvedené směrnice si pracovníci domova kladou za cíl ponechat klientovi právo na hodnotný život, na samostatnost, zachování společenského postavení, lidskou důstojnost, ochranu před ponižujícím jednáním, právo na rozhodování nebo spolurozhodování o sobě a svém způsobu života, právo na soukromí a neomezený pohyb mimo domov důchodců včetně ostatních kontaktů.

Stravování se klientům poskytuje 3x denně, pro diabetické klienty 5x denně. Dle zdravotního stavu klienta se jídlo podává buď v jídelně, nebo na pokoji. Pro doplnění cena normální stravy na den je 56,-, dietní strava stojí 59,- a diabetická je o 10 korun dražší.

Nákupy a jiné drobné služby pro klienty zabezpečují sociální pracovníci. Úklid bytové jednotky a desinfekce chodeb se provádí každý den, praní ústavního i osobního prádla klientů zabezpečuje prádelna. Doprovod na odborná vyšetření zajišťuje zdravotní úsek, drobné opravy pracovníci údržby. Obyvatelé domova se mohou zúčastňovat společenských akcí jako jsou zájezdy, výstavy, divadla, kina, odpoledne spojená s hudbou a tancem, dále táboráky, nebo týdenní pobyty v přírodě.

Dále se poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Tato služba zahrnuje:

- Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
- Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík

- Pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh
- Pomoc při podávání jídla a pití
- Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru

Další službou, poskytovanou Domovem seniorů je pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Tato služba zahrnuje:

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

Služba zprostředkování kontaktu se společenským prostředím zahrnuje:

- Podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů
- Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob

Sociálně terapeutické činnosti jsou činnost, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob.

Aktivizační činnosti zahrnují:

- Volnočasové a zájmové aktivity
- Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím
- Návěik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností

Služba pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí představuje pomoc při komunikaci vedoucí k uplatnění práv a oprávněných zájmů.

Uživatel se podpisem smlouvy zavazuje platit za ubytování a stravování. Výše plateb může být modifikována v souvislosti s ustanovením §73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který stanoví, že po úhradě za ubytování a stravu musí uživateli zůstat alespoň 15% jeho příjmu. Uživatel je povinen poskytovateli při podpisu smlouvy sdělit výši svého měsíčního příjmu. Dále je povinen do 8 dnů od okamžiku, kdy se dozví o změně výše svého příjmu, tuto skutečnost sdělit poskytovateli. Pokud by v některém kalendářním měsíci uživatel neměl žádný příjem, pak za poskytnutí základních služeb neplatí.

Základní služby jsou poskytovány nepřetržitě každý den v roce v Domově pro seniory Burešov. Uživatel a poskytovatel se mohou kdykoliv dohodnout na ukončení platnosti smlouvy.

5. CÍL VÝZKUMU

V praktické části práce jsem se zaměřila na sociální služby poskytované v Domově pro seniory na Burešově. Protože bych v budoucnu chtěla v podobném zařízení pracovat, bylo pro mě samotnou důležité zjistit, zda jsou klienti se službami spokojeni. V případě, že odpověděli negativně, dala jsem jim prostor k vyjádření nesouhlasu, dokonce i konkrétně popsat, proč s danou službou nejsou spokojeni. Cílem mého výzkumu zmapování nabízených sociálních služeb pro seniory. Dále zjistit, jak klienti tyto služby hodnotí, výzkum vyhodnotit a podat doporučení na případné zlepšení.

6. VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Pro daný výzkum jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka: Jak hodnotí klienti Domova pro seniory Burešov nabízené sociální služby?

Dílní otázka:

Pokud nejsou se službami spokojeni, proč?

7. POPIS POUŽITÝCH METOD

Jako metodu jsem zvolila dotazník, kterým zjišťuji postoje a mínění respondenta k určitým jevům. V dotazníku jsou použity otázky uzavřené i otevřené. Každému klientovi, který se rozhodl vyplnit dotazník jsem se představila a vysvětlila důvod a účel mého výzkumu. Ze 120 dotazníků, které jsem plánovala zpracovávat, se mi vrátilo pouze 80. Klienti buď neměli náladu na vyplňování, nebo i po vysvětlení měli pocit, že se jedná o osobní až intimní otázky. Proto je zpracovaných dotazníků mnohem méně, než bylo původně v plánu.

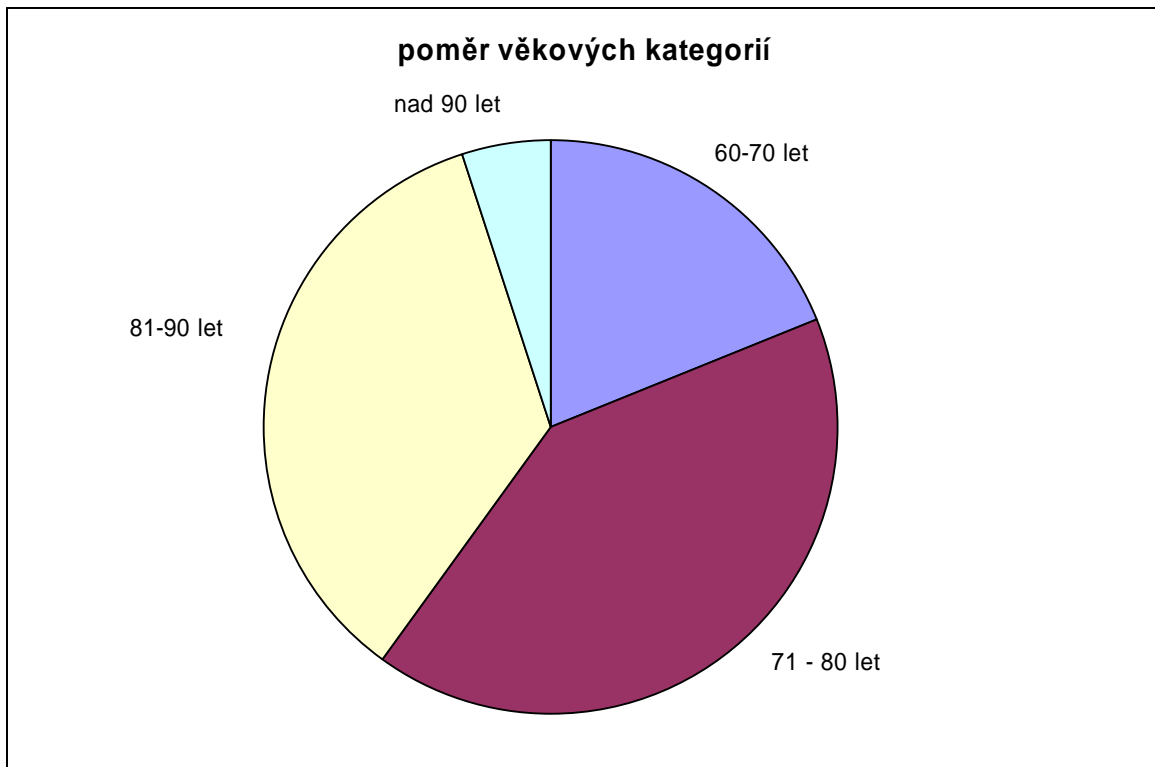
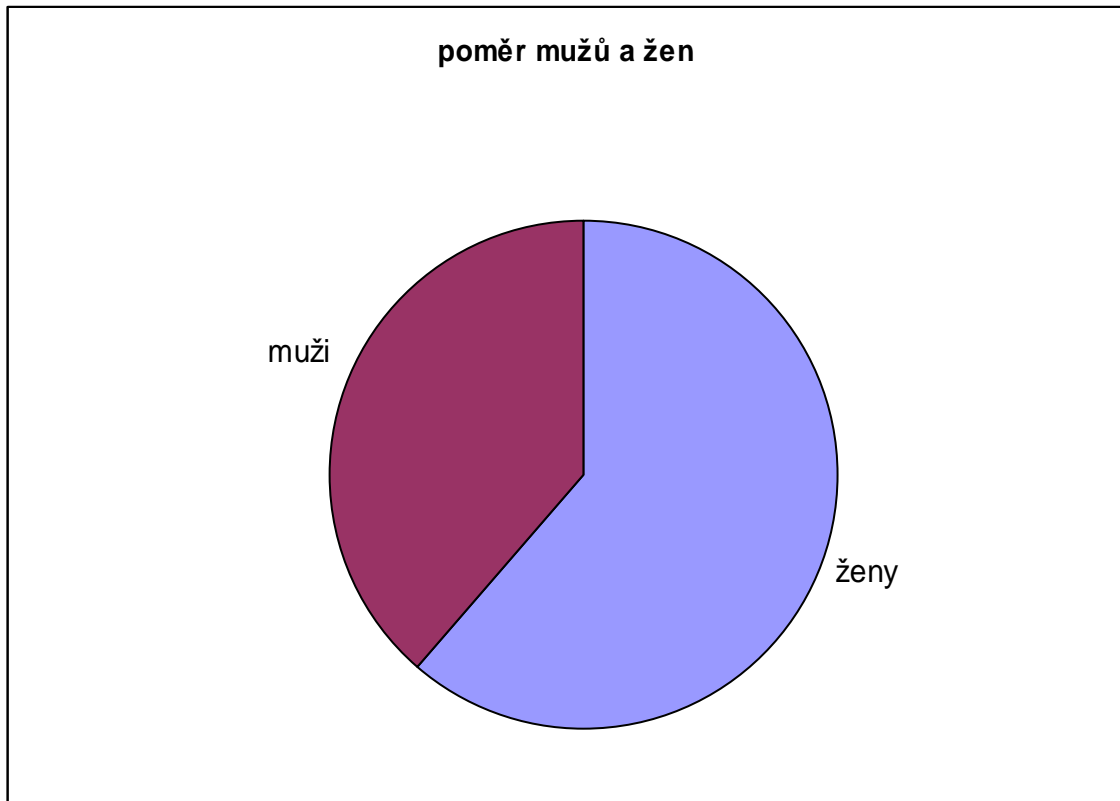
Časový harmonogram výzkumu: 1/2007 příprava výzkumu

4/2007 vlastní výzkum

5/2007 zpracování výsledků

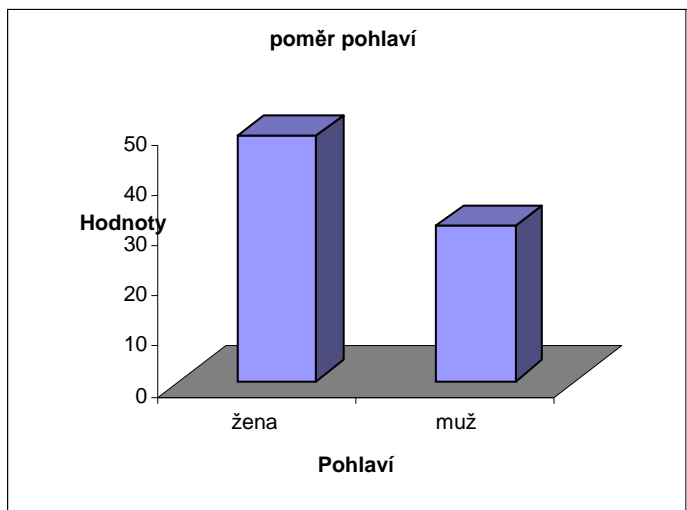
8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Vlastní výzkum byl prováděn v již zmíněném zařízení Domov pro seniory Burešov, a to v měsíci dubnu 2007. Oslovila jsem všechny klienty, kteří by byli schopni dotazník vyplnit. Za 180 klientů Domova pro seniory Burešov je 60 buď mentálně postižení, nebo z nějakého důvodu by nebyli schopni dotazník vyplnit. Ze zbylých 120 klientů mi dotazník bylo ochotno vyplnit pouze 80 z nich, z toho bylo 49 žen (61,25 %) a 31 mužů (38,75 %). Jsou to klienti, kteří využívají téměř všechny nabízené služby, proto mohu výsledky zobecnit na celý Domov pro seniory. 15 z nich je ve věku 60 – 70 let, 33 ve věku 71-80, 28 ve věku 81-90 a na 90 let mi dotazník vyplnili 4 klienti.



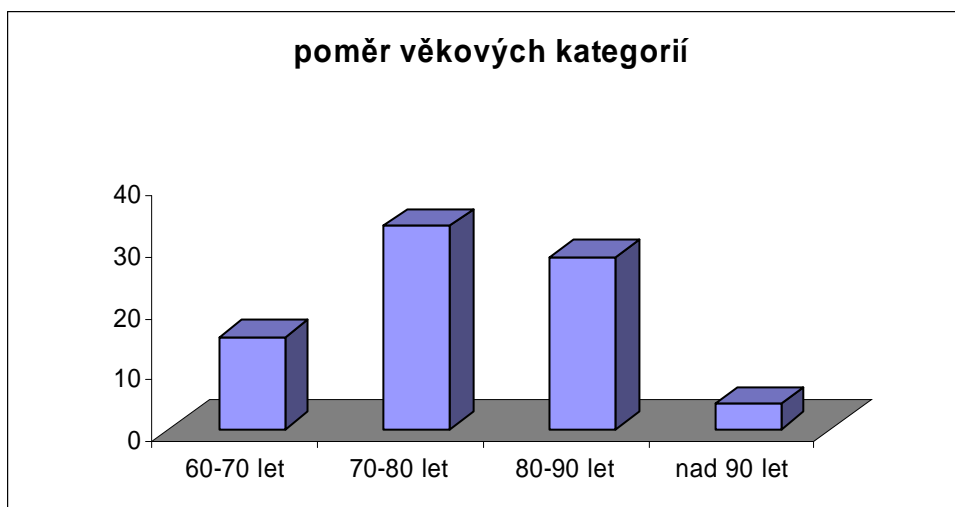
9 VLASTNÍ VÝZKUM

Po vypracování všech dotazníků a jejich vyhodnocení jsem došla k zajímavým výsledkům. Je třeba zohlednit, že údaje mohou být částečně ovlivněny například nepochopením otázky, či blízkostí vztahu klientů k personálu organizace, krátkodobou pamětí některých klientů, apod. Výsledky jsem interpretovala, podle potřeby graficky znázornila.



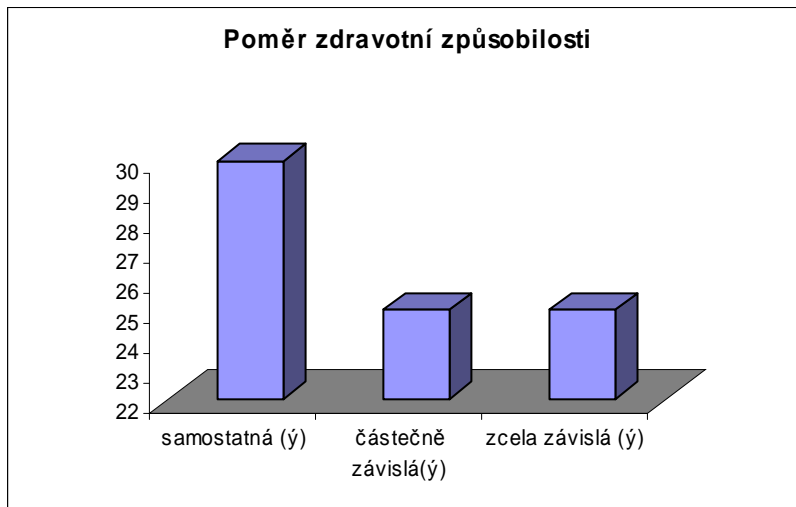
Otázka č. 1

Pohlaví



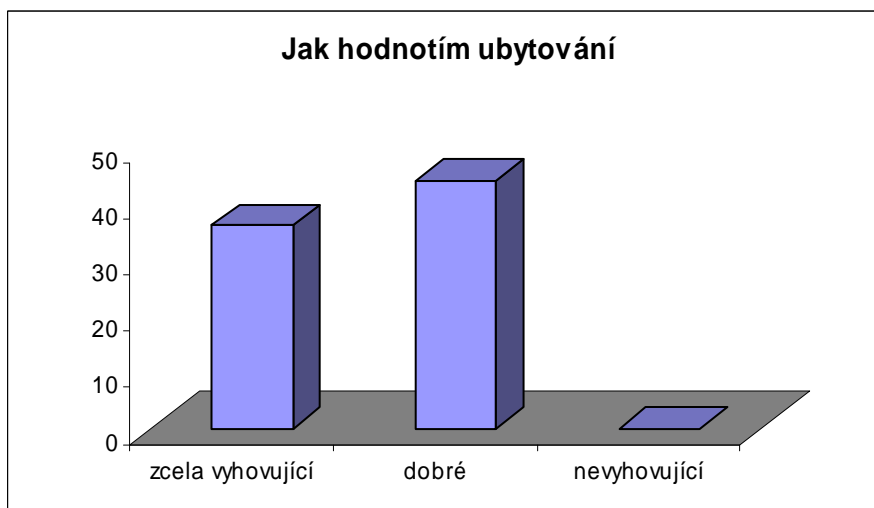
Otázka č. 2

Věk



Otázka č. 3

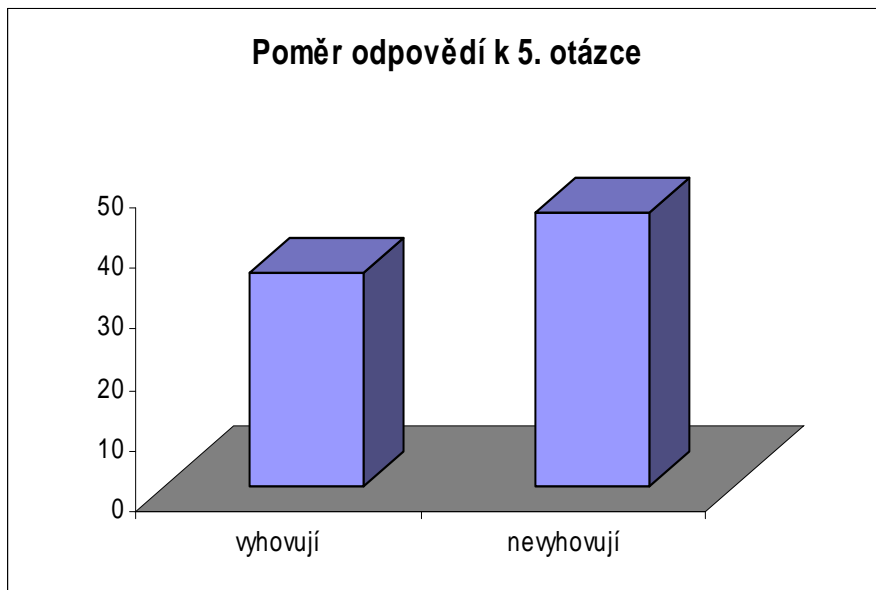
Zdravotní způsobilost



Otázka č. 4

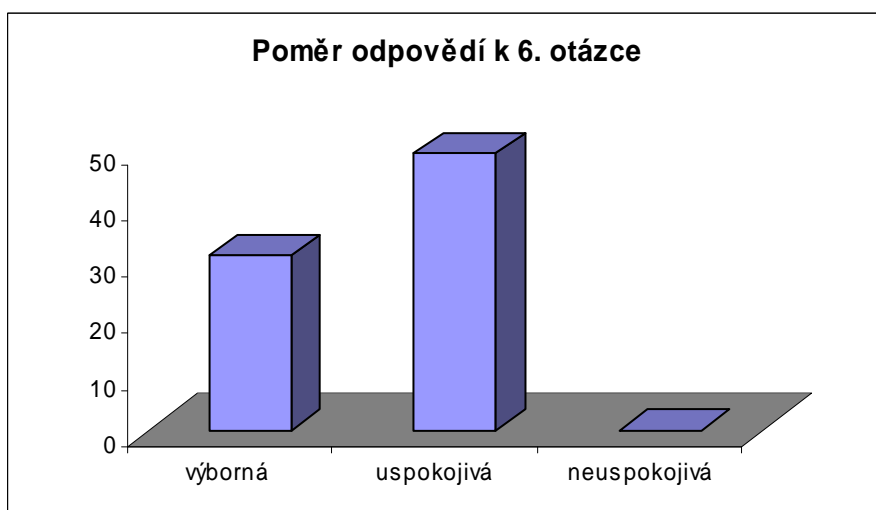
Jak hodnotím ubytování v Domově pro seniory Burešov?

Z hlediska ubytování jsou všichni zúčastnění klienti spokojeni.

**Otázka č. 5**

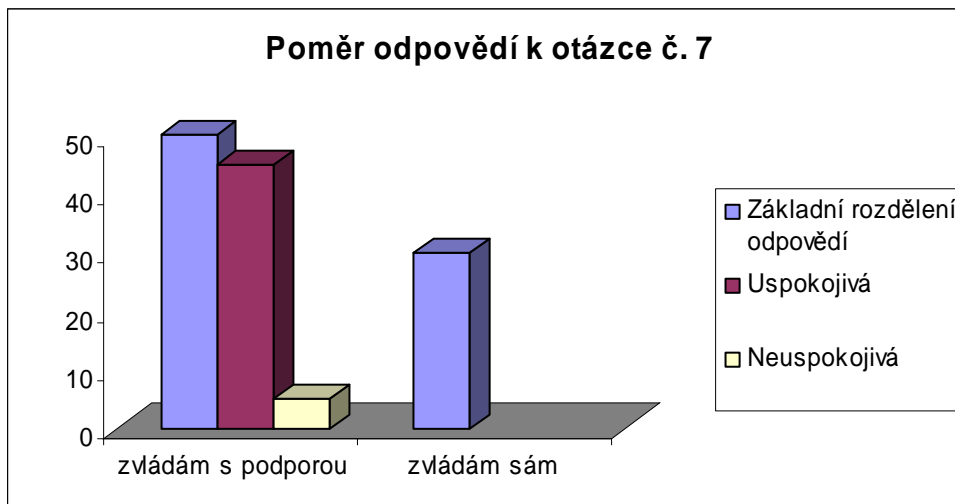
Jak hodnotím jídla po chuťové a vzhledové stránce?

Jedna ze služeb, kde je vidět výrazná nespokojenost je právě stravování. 45 klientů hodnotí stravování záporně a to z několika důvodů. 20 jich uvádí, že jídla jsou bez chuti, 5 klientů uvedlo, že jim vadí kořeněné uzeniny a zbytek, čili 20 klientů nenapsalo důvod.

**Otázka č. 6**

Jak hodnotím pomoc při běžných úkonech?

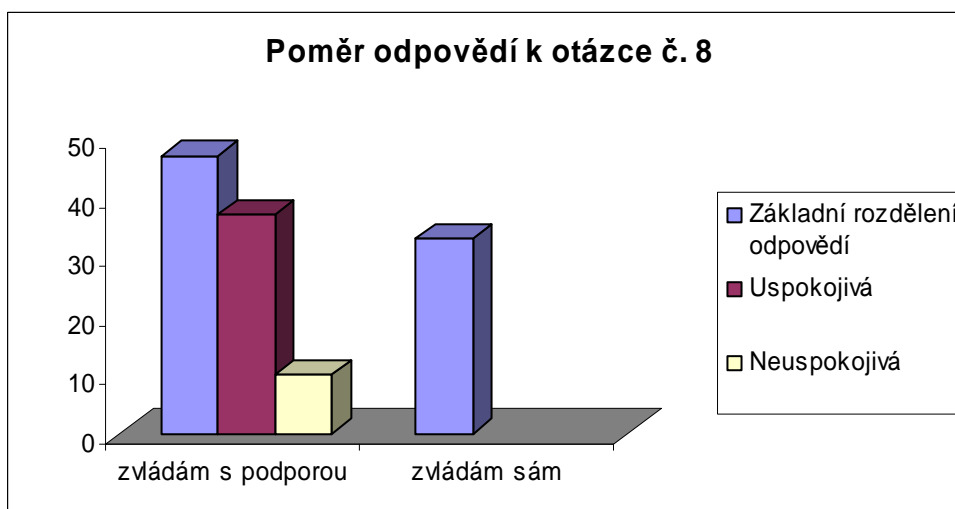
Na grafu je zřejmé, že pomoc při běžných úkonech je hodnocena celkově kladně.



Otázka č. 7

Jak hodnotím péči o vlastní osobu?

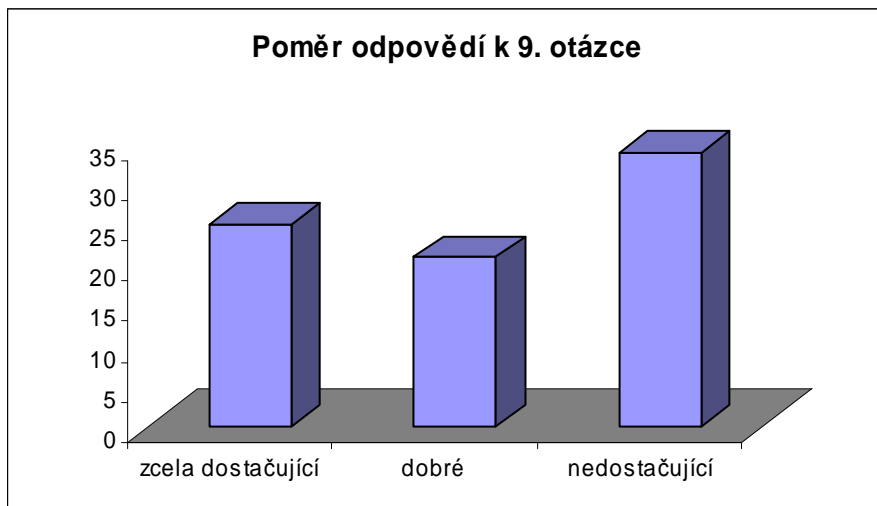
Z 50 klientů, kteří potřebují podporu v péči o vlastní osobu, jich tuto službu hodnotí kladně 90%. Pro záporné odpovědi jsou důvody dlouhé čekání a neochota sester.



Otázka č. 8

Jak hodnotím pomoc při osobní hygieně?

Pomoc při osobní hygieně byla jedna ze služeb, ke které měli klienti nejvíce výhrad. Pokud využívají danou službu, hodnotí ji ze 78% negativně. Jako důvody uvádí klienti neochotu sester, či dlouhé čekání.



Otázka č. 9

Jak hodnotím poskytnutí podmínek pro osobní hygienu?

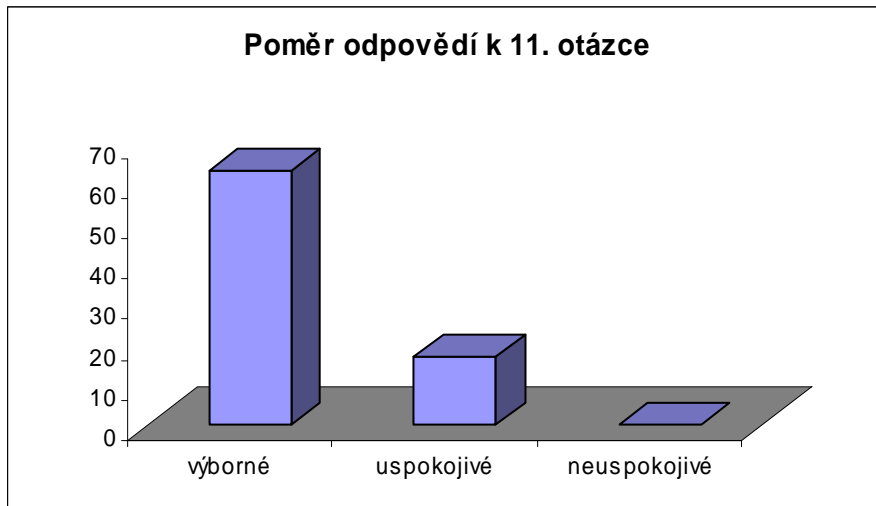
U podmínek pro osobní hygienu graf ukazuje větší nespokojenost. Jako důvody, které klienty k této odpovědi vedly, uvedli 10x malý prostor, 6x nepřítomnost sprchy a 4x užívání společné koupelny.



Otázka č. 10

Jak hodnotím kontakt se společenským prostředím?

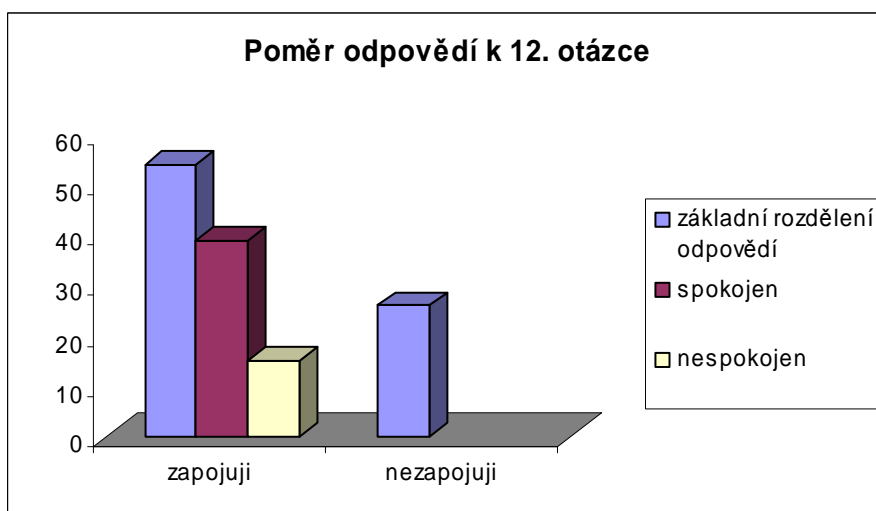
Naprostá většina zúčastněných klientů je se službou spokojena. Ze zbylých osmi klientů, kteří službu hodnotí záporně, mi ani jeden neodpověděl na otázku PROČ.



Otázka č. 11

Jak hodnotím sociálně terapeutické činnosti?

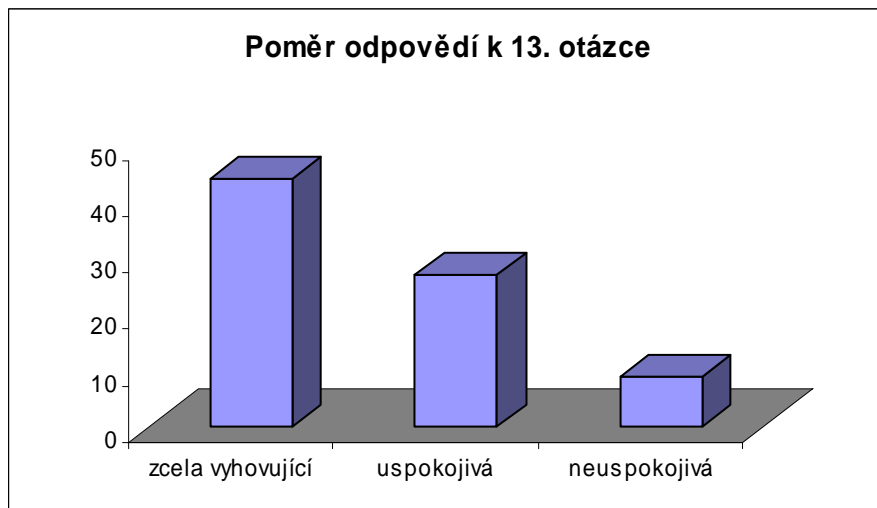
Graf ukazuje, že žádný ze zúčastněných klientů nehodnotí sociálně terapeutické činnosti záporně.



Otázka č. 12

Jak hodnotím aktivizační činnosti?

Podle grafu je zřejmé, že většina těch, kteří využívají aktivizační činnosti, hodnotí tyto kladně. Bohužel nikdo z klientů, kteří hodnotili záporně, mi neodpověděli na otázku PROČ, stejně jako u otázky č. 10. Čili není zřejmé, co klientům vadí.



Otázka č. 13

Jak hodnotím pomoc při řešení osobních záležitostí?

Podle znázorněného grafu vyplývá, že naprostá většina klientů hodnotí danou službu kladně. Zbylých 9 klientů odpovědělo negativně, protože službu nevyužívají, což mi i do dotazníku napsali.

10 VYHODNOCENÍ VÝZKUMU

Dotazníkovou metodou se mi podařilo získat potřebné informace, ze kterých bylo možno vyvodit odpovědi na zvolené výzkumné otázky, které jsem si stanovila za začátku výzkumu.

Hlavní výzkumná otázka: Jak hodnotí klienti Domova pro seniory Burešov nabízené sociální služby?

Podle výsledků hodnocení je jisté, že klienti nabízené sociální služby hodnotí tyto velmi dobře. Bohužel vždy se najdou služby, které nejsou zcela vyhovující a ani tady to není výjimkou. Mezi méně oblíbené služby patří stravování, péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně. Z lidského hlediska se v podstatě dalo počítat s nedostatkem pochopení práce sester i nechutenstvím k určitým jídlům. Bohužel není možné, aby se vařilo pro každého klienta individuální jídlo, proto je výrazná nespokojenost téměř samozřejmostí. Jako jedno z možných východisek je pestřejší strava.

Pokud se jedná o péči o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně, problém ve vztazích sestra – klient. Pokud si „nepadnou do oka“ jsou problémy a nespokojenost stejně samozřejmé. Jediná možnost východiska je ochota sester a časová dochvilnost.

K další méně opěvované službě patří poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Klienti si stěžují, že koupelny jsou malé, často chybí sprcha a musí používat koupelnu společnou, což může být pro některé z nich potupné. Bohužel je těžké sehnat prostředky pro rekonstrukci všech pokojových koupelen. Jako východisko z problému bych se snažila tyto prostředky získat a koupelny zrekonstruovat.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo zmapovat nejčastější a nejvyužívanější sociální služby poskytované seniorům v domovech pro seniory. Výzkumem jsem chtěla zjistit, na kolik jsou tyto služby vyhovující pro obyvatele Domova pro seniory Burešov. Celkově si Domov vede velmi dobře, protože klienti jsou spokojeni s většinou služeb, které jsou zde poskytovány. Mezi méně oblíbené patří téměř jednoznačně prostor k hygieně, ochota sester a stravování. Myslím, že nikdy se nemůžeme všem zavděčit, proto stoprocentní kladné odpovědi jsou nemožné.

Při zpracování tohoto tématu jsem vycházela ze zkušeností ze studijní praxe, kterou jsem absolvovala v tomto zařízení po všechny tři roky studia. Sociální služby pro seniory jsou neméně důležité, než kterékoliv jiné sociální služby. Proto bychom neměli zanedbávat jejich poskytování a vývoj. Už proto, že počet seniorů se bude podle posledních průzkumů stále zvyšovat a v roce 2010 by se mohl jejich počet mohl pohybovat kolem 2,3 milionů a v roce 2020 by se dokonce mohl zvýšit na 2,7 milionů.

Závěrem bych chtěla říci, že jsem práci zpracovávala sama a použila pouze uvedenou literaturu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] GANGALE, C.D.: *Rehabilitace orofaciální oblasti*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0534-6

[2] HAŠKOVCOVÁ, H.: *Spoutaný život*. Praha: Panorama, 1985.

[3] HRDÁ, J.: *Co je to osobní asistence?* [online]. 2006 [cit. 26.4. 2007]
Dostupný z WWW: < <http://www.osobniasistence.cz/asistence1.php>>

[4] KOREC, J.: *Muzikoterapie, relaxace hudbou*. [online]. Prameny zdraví, 2001 [cit. 16.4. 2007]

Dostupný z WWW: < <http://muzikoterapie.pramenyzdravi.cz/2/Relaxace-hudbou.php>>

[5] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, J. ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0548-6

[6] KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J.: *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, MIKADA, 2000. ISBN 80-7013-319-8

[7] RABUŠIC, L.: *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* [online]. Praha: SOCIOKLUB-VÚPSV, 2002 [cit. 20.4. 2007]

Dostupný z WWW: <<http://www.vupsv.cz>>

[8] ŘEZNÍČEK, I.: *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-00-1

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Věková struktura ČR v roce 2000

Obr. č. 2 Podíl osob ve věku 65 let a starších, ČR 1950-2050

SEZNAM PŘÍLOH

PI Dotazník

PII Fotografie z Domova pro seniory Burešov

- b) zvládám s podporou - a) uspokojivá
b) neuspokojivá -
proč?.....

8. Pomoc při osobní hygieně:

- a) zvládám sám
b) zvládám s podporou - a) uspokojivá
b) neuspokojivá -
proč?.....

9. Poskytnutí podmínek pro osobní hygienu je:

- a) zcela dostačující
b) dobré
c) nedostačující -
proč?.....

10. Kontakt se společenským prostředím (podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, pomoc při obnovení či upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob) je:

- a) zcela vyhovující
b) uspokojivý
c) neuspokojivý -
proč?.....

11. Soc. terapeutické činnosti (soc. kontakt ve skupině, účast na pořadech, terapie,..) je:

- a) výborné

b) uspokojivé

c) neuspokojivé

proč?.....

12. Do aktivizačních činností se:

a) zapojuji - hodnotím: a) výborné

b) uspokojivé

c) neuspokojivé

b) nezapojuji -

proč?.....

13. Pomoc při řešení osobních záležitostí hodnotím:

a) zcela vyhovující

b) uspokojivá

c) neuspokojivá -

proč?.....

**PŘÍLOHA P II: FOTOGRAFIE Z DOMOVA PRO SENIORY
BUREŠOV**









