

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Prožívání stáří v domově seniorů z pohledu sociálního pracovníka

Kateřina Dobiášová

Vedoucí práce:

Doc. PaedDr. Slavomír Laca

Praha 2016

Prague college of psychosocial studies



Kateřina Dobiášová

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. PeadDr. Slavomír Laca

Prague 2016

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na život seniorů v pobytových zařízeních a vliv sociálního pracovníka na jejich život v těchto zařízeních. Konkrétně se jedná o domov seniorů v Praze. Tato práce si klade za cíl rozšířit poznatky o životě seniorů a využití socioterapeutických metod při práci s klienty. Výzkumná část se týká klientů žijících dlouhodobě či krátkodobě v domově seniorů a jejich prožívání stáří v tomto zařízení. Pro sběr informací byly použity případové studie. V závěru diplomové práce je poukázáno na možnosti socioterapeutických metod využitých v jednotlivých případových studiích.

KLÍČOVÁ SLOVA: stáří, senioři, sociální pobytová zařízení, sociální pracovník, socioterapeutické plánování.

ABSTRACT

KEY WORDS:

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Praze dne

.....

Kateřina Dobiášová

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi za odborné vedení, poskytování cenných rad a podnětných připomínek v průběhu realizace této diplomové práce.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 10 |
| 1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ..... | 12 |
| 1.1. Vnímání stáří | 12 |
| 1.2. Proces stárnutí | 14 |
| 1.3 Příčiny stárnutí | 15 |
| 1.4 Příprava na stárnutí a starobu | 16 |
| 1.5 Postavení seniora ve společnosti | 19 |
| 2 KVALITA ŽIVOTA..... | 23 |
| 2.1 Kvalita života seniora | 23 |
| 2.2 Autonomie seniorů | 24 |
| 2.3 Aktivizace seniorů | 26 |
| 3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY | 29 |
| 3.1 Role sociální pracovník při péči o seniory | 29 |
| 3.2 Služby poskytované v domovech pro seniory | 31 |
| 3.3 Individuální plánování v pobytových zařízeních | 33 |
| 4 VÝZKUMNÁ ČÁST | 35 |
| 4.1 Cíl výzkumné části | 35 |
| 4.2 Zkoumaný soubor | 36 |
| 4.3 Metodika výzkumu | 36 |
| 5 PŘÍPADOVÉ STUDIE..... | 38 |
| 5.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 1 | 38 |
| 5.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE 2 | 44 |
| 5.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE 3 | 49 |
| 5.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE 4 | 54 |
| 5.5 PŘÍPADOVÁ STUDIE 5 | 58 |
| 5.6 PŘÍPADOVÁ STUDIE 6 | 64 |
| 5.7 PŘÍPADOVÁ STUDIE 7 | 69 |
| 5.8 PŘÍPADOVÁ STUDIE 8 | 73 |
| 5.9 PŘÍPADOVÁ STUDIE 9 | 76 |
| 5. 10 PŘÍPADOVÁ STUDIE 10 | 81 |
| 6 DISKUZE | 85 |

| | |
|-----------------|----|
| ZÁVĚR | 88 |
| LITERATURA..... | 90 |
| 7 PŘÍLOHY | 92 |

ÚVOD

Každý člověk v průběhu svého života si přeje strávit stáří v kruhu rodiny. Málokdo si přeje prožít stáří v domově seniorů. Přesto tato situace u mnohých stárnoucích lidí nastane a musí opustit své domovy a zbytek života prožít v domově seniorů. Na základě zdravotních potíží se stárnoucí člověk stává závislý na pomoci druhé osoby, ve většině případů není rodina schopna o své blízké plně pečovat a umístění do domova je pro obě strany nejlepší řešení. I když si je stárnoucí člověk v některých případech vědom své nesoběstačnosti, nástup do pobytového zařízení je pro něj stresující. Stárnoucí člověk je zvyklý na určitý stereotyp všedních dní, má zažitý svůj denní rytmus. Nástupem do domova seniorů může mít pocit, že ztrácí své jistoty, svůj vlastní život. Aby lidé při nástupu do nového domova neměli pocit, že ztrácí svůj dosavadní život, je důležitý pozitivní přístup celého multidisciplinárního týmu zařízení. Ve většině případů je sociální pracovník ten, kdo přichází při nástupu do pobytového zařízení do prvního kontaktu s klientem. Pro příjemný pobyt klienta v domově je důležité, aby od samého začátku věděl, co může od pobytu očekávat, na jakou osobu se obrátit při řešení problémů. Zařízení by v klientovi mělo navodit pocit klidu a bezpečí. Samozřejmě se vše také odvíjí od zdravotního stavu klienta a od jeho přijímání dané skutečnosti. Život v domově seniorů prožívá každý jedinec jinak. Ve stáří se klientům vrací životní vzpomínky, zkušenosti a také se mění životní hodnoty. Tyto a další skutečnosti ovlivňují schopnost přijímání změn, které jsou spjaté s nástupem do domova seniorů. Člověk pracující v těchto zařízeních by si měl být vědom těchto stavů.

V dnešní době je pojem „senioři“ a „pobytová zařízení pro seniory“ často slychán. Vznikají stále nová zařízení s co nejlepší nabídkou služeb. Myslím si, že dnešní populace si více uvědomuje přirozený děj života, do kterého patří období stáří. Lidé jsou si vědomi, že v tomto období nepřichází pouze, jak se říká „moudré stáří“, ale také řada zdravotních problémů a s nimi spojené sociální změny.

Diplomová práce je rozdělena na dvě hlavní části. Pro vytvoření první, teoretické části, jsem získala potřebné informace přečtením literatury a získaných poznatků z praxe z domova seniorů v Praze. Zde mi byli nápomocni jak pracovník domova, tak klienti, se kterými jsem byla v častém kontaktu. Do výzkumné části práce jsem zařadila případové studie klientů, se kterými jsem v rámci mé praxe měla

možnost pracovat. V této části mi byla velkým přínosem i spolupráce se sociálním pracovníkem a dalším ošetřujícím personálem.

Hlavním motivem pro výběr tématu k mé diplomové práci byl fakt, že do domova seniorů docházím jako fyzioterapeut. Stala jsem se tak přímým účastníkem péče o klienty v tomto zařízení. Během návštěv klientů mě stále více zajímal jejich celkový život v domově a, jak oni sami vnímají tuto skutečnost. Při spolupráci s ostatními pracovníky mě zajímalo, jaký mají oni vliv na kvalitu života seniorů.

Cílem mé práce je rozšíření mých teoretických poznatků pro práci se seniory a tím i lepší porozumění jejich přání a potřebám. Ve výzkumné části jsem si stanovila za cíl zjistit, jaký vliv má sociální pracovník na kvalitu života seniorů v domově seniorů.

1 CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Jako v každém období života, tak i v období stáří a stárnutí prochází člověk řadou změn. Obě tyto etapy lidského života bývají spojovány s nárůstem zdravotních problémů, snižováním mobility, poklesem kognitivních funkcí. Stárnoucí člověk ztrácí soběstačnost, snižuje se možnost seberealizace, také může docházet ke ztrátě důstojnosti, především po stránce závislosti na druhé osobě. Všechny tyto změny nemusí být jednotné pro celou stárnoucí populaci, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky ke všem zmiňovaným problémům. Závisí na konkrétním průběhu stárnutí.

1.1. Vnímání stáří

Jednoznačné vymezení pojmu stáří je velice obtížné. V odborné literatuře lze najít různé definice pohlízející na stáří z mnoha hledisek a projevů. V následujícím textu uvádím definice stáří podle několika autorů:

Haškovcová charakterizuje stáří *„jako přirozené období lidského života, vztahové k životnímu období dětství, mládí a době zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn, které trvají celý život, ale více zřetelné jsou až v pozdějším věku“* (cit. dle HAŠKOVCOVÁ, 2009, s. 58).

Dle autorky Čeledová můžeme definovat stáří jako: *„ důsledek stárnutí, pozdní fáze přirozeného dlouhého života, který má své – v dané době a v daném společenství obvykle charakteristiky týkající se fenotypu, funkčního stavu, biopsychických parametrů, sociálních rolí, společensko-ekonomického postavení, věku a naděje dalšího dožití. Tyto charakteristiky mohou, ale také nemusejí být ve shodě, např. biologický věk může být významně vyšší či nižší než věk kalendářní“* (cit. dle ČELEDOVÁ, 2014, s. 18).

Kalvach říká, že *„označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících specifickou rychlostí s výraznou individuální variabilitou a vedoucí k*

typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp“ (cit. dle KALVACH, 2004, s. 47).

Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných změn, které ovlivňuje mnoho zevních faktorů, z nichž nejvíce ovlivňující je nemoc, způsob života a podmínky, ve kterých se člověk pohybuje (ONDRUŠOVÁ, 2011). Stáří můžeme rozdělit do tří skupin, přičemž dle kalendářního věku dělíme dále na mladí senioři, staří senioři, velmi staří senioři (KALVACH, 2004):

- Kalendářní věk, tento věk můžeme jednoznačně určit, ale už zde nemůžeme přesně stanovit změny, které na jedincích nastanou. Tím, že jsme každý individuální, nedá se přesně říci, že každý v daném věku bude prožívat všechny fyzické a psychické změny stejně a stejnou intenzitou. Dnešní orientační členění stáří je (KALVACH, 2004):

65-74 let: mladí senioři, zde nastává problematika ubytování, volného času, snížení fyzických sil, seberealizace.

75-84 let: staří senioři, v tomto období je největší problém v adaptaci, tolerance zátěže, samota, specifické nemoci pro tento věk.

85 a více let: velmi staří seňoři, tento věk přináší největší problémy v soběstačnosti, samostatnosti a vlastního zabezpečení (KALVACH, 2004).

- Sociální stáří, bychom mohli definovat jako stav, kdy dochází ke změně sociální role, ekonomických potřeb a s tím přichází i změna životního stylu. Z pohledu sociálního stáří se jedinec cítí být nepotřebný, osamocený, patří sem i ztráta společenské prestiže. Ve vztahu ke společnosti se můžeme setkat i s diskriminačním chováním neboli ageismem. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod nebo skutečný odchod do důchodu. Také se můžeme z pohledu sociálního stáří setkat s pojmenováním „třetí věk“ nebo „postproduktivní stáří“. Tradiční pojetí penzionování a nebezpečné pojmy „produktivní – postproduktivní“, které mohou vytvářet představu o nepotřebě starých lidí.

- Biologické stáří je dáno dosažením určité míry involučních změn, poklesu potencionalu zdraví. Jde o souhrn nevratných biologických změn, případně genových expresí, predikujících zvýšené riziko nemoci, imobility, úmrtí (ČEVELA, 2012). Biologické stáří není dnes stanovitelné, každý jsme individuální, nelze říci přesná kritéria, procesy stárnutí jsou navíc prolnty s chorobnými změnami. Vnější vyjádření involučních změn je pokles výkonnosti, míra funkčního zdraví či fenotyp stáří. Do fenotypu stáří můžeme zahrnout stařecké změny postavy, chůze, vlasů, pokožky, fyziognomie obličeje, chování (ČEVELA, 2012).

1.2. Proces stárnutí

Stárnutí je přirozený proces, který postihuje každý živý organismus a je neovlivnitelný a nezastavitelný. Stárnutí je od samého narození po smrt živého organismu. Během stárnutí dochází v organismu k mnoha změnám, na tyto změny reaguje každý jedinec jinak. Vrcholem stárnoucího procesu můžeme považovat stáří, kdy dochází k výrazným degenerativním změnám v organismu. V procesu stárnutí můžeme sledovat velké individuální rozdíly, ale i přesto je možné najít určité společné znaky. Podle Pacovského můžeme popsat charakteristické znaky procesu stárnutí takto:

- Proces stárnutí můžeme popsat jako individuální, každý jedinec stárne jinak.
- Do stáří vstupuje vždy celý jedinec, průběhem stáří se mění charakteristiky jedince ze všech pohledů – biologické, psychické, sociální.
- S přibývajícím stářím se snižuje schopnost adaptace člověka.
- Typickým fenoménem stárnutí je involuce různých struktur a funkcí. (ODRUŠOVÁ, 2011).

Jak autoři v literaturách popisují, stárnoucí proces zahrnuje změny ve všech rovinách – biologické, psychické, sociální. Do biologického stárnutí zahrnujeme změny, které se objevují na tělesné i duševní stránce jedince. Dochází k úbytku

svalové hmoty, řídnutí kostí, zpomalení metabolismu organismu, snížení obranyschopnosti organismu. Snižují se adaptační schopnosti a odolnosti vůči zátěži.

Vlivem stáří dochází ke zpomalení psychomotorického tempa, ke změně kognitivních funkcí, změny role při prožívání vlastního stáří. To vše zahrnujeme do psychického stárnutí.

Do sociálního stárnutí bychom zařadili postoje jedince k okolnímu společenství a změnu jeho vnímání okolního světa.

1.3 Příčiny stárnutí

V literaturách nejsou jasné příčiny stárnutí stále uspokojivě vysvětlovány. Bylo formulováno množství hypotéz a teorií. Již v antice se objevila spekulativní představa o stárnutí jako ubývání nějaké substance. Hippokrates spekuloval o ztrátě vlhka, Aristoteles o ztrátě tepla. Galino, chápal stáří jako stav mezi zdravím a nemocí, navozený změnami tělních tekutin s úbytkem vlhka, tepla i krve. Úbytek tělesné vody jsou projevy stáří ne však jeho příčiny. Stejně jako představy o úbytku životní energie (KALVACH, 2004).

Teorie stárnutí můžeme rozdělit do následujících hlavních skupin (ČEVELA, 2012):

- Teorie stochastické předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch buněčného řízení. Do této skupiny spadají teorie omylů a katastrof – ke stárnutí dochází v důsledku nahromadění chyb v syntéze proteinů při jejich transkripci a translaci (MALÍKOVÁ, 2012). Teorie překřížení – ke stárnutí dochází v důsledku přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul. V organismu se to ve zvýšené míře projevuje na úrovni některých tkání (MALÍKOVÁ, 2012). Dále do této skupiny řadíme teorii mutační a teorii volných radikálů.
- Teorie nestochastické předpokládají, že stárnutí je především geneticky předurčeno (ČEVELA, 2012). Do této skupiny patří genetické teorie, pacemakerová teorie (teorie genetických hodin), podle této teorie jsou určité orgány nebo orgánové systémy považovány za geneticky naprogramovaný pacemaker na určitou dobu života. Teorie o rychlosti života, podle této teorie

závisí délka života na rychlosti, s jakou organismy vydávají energii. „*Tuto teorii podporoval i Sohal, který měřením fyzické aktivity populace tvrdil, že lidé, kteří se hodně pohybují, mají kratší délku života než méně aktivní jedinci*“ (MALÍKOVÁ, 2011, s. 17).

- Sociální teorie se vztahují ke stárnutí a stáří a jsou ovlivňovány strukturou společnosti a příslušnou sociální změnou (MALÍKOVÁ, 2012). Podle Jarošové „*je postoj k seniorům ovlivněn jejich počtem. Ve společnosti, v níž je vysoké procento seniorů, je vyšší riziko jejich devalvace a naopak – ve společnost s jejich nízkým zastoupením se senioři těší vyššímu sociálnímu statutu*“ (MALÍKOVÁ, 2011, s. 17). Do sociální teorie můžeme zařadit teorii aktivity – vychází z názoru, že pokud jedinec zůstává u svých aktivit i ve stáří, značně to ovlivňuje jeho duševní i fyzické zdraví. Teorie neangažovanosti – tuto teorii doporučuje Klaish. Vyjadřuje, že míra spokojenosti ve stáří vychází ze spokojenosti sociálních vztahů. Poslední teorií v této skupině je teorie kontinuity a diskontinuity – podstatou této teorie je, že životní spokojenost starého člověka závisí na podobnosti jeho nynější situace se situací, jak žil ve středních letech svého života (MALÍKOVÁ, 2011).

Jarošová uzavírá přehled teorií stárnutí shrnutím, „*že stárnutí je děj multifaktoriální, sestávající se ze základu genetického a z procesů zevních a vnitřních vlivů*“ (MALÍKOVÁ, 2011 s. 18).

1.4 Příprava na stárnutí a starobu

Změny v emocionální oblasti

Psychické jevy, ke kterým dochází v průběhu stárnutí, nemůžeme chápat izolovaně, ale jako vývojový proces celého jedince obklopeného sociálním prostředím. V psychologii se můžeme setkat s termínem „psychologie životní cesty“. Stejně jako u biologických změn, je i u psychických změn těžké odlišit, zda jsou to přirozené involuční změny nebo změny způsobené nemocemi jedince. Obecně můžeme psychické změny ve stáří shrnout jako postupnou proměnu kognitivních funkcí, jejichž zhoršení nebývá rovnoměrné (ONDRUŠOVÁ, 2011).

Psychické změny se nejčastěji projevují zpomalením psychomotorického tempa, senzomotorické funkční koordinace, snižování kvality percepce, zhoršování koncentrace, pozornosti a paměti (ONDRUŠOVÁ, 2011). V procesu stárnutí se také mohou měnit hodnoty a potřeby, ale i postoje k druhým lidem a ke společnosti. Emoční projevy u seniorů nemusí být tolik nápadné. Senioři mívají spíše tendenci k udržení přijatelného emočního ladění, vyhýbají se nepříjemným situacím, často oblíbená je ve stáří strategie zjednodušení a vyhýbání, kterou se snaží udržet emoční pohodu. Zároveň se však ve stáří zhoršuje emoční regulace, což nebývá nápadné v běžných situacích, ale obvykle se projeví až při zátěži (ONDRUŠOVÁ, 2011). Starší člověk prožívá emoční situace méně bezprostředně a z pohledu mladého člověka působí nezaujatě. V průběhu stárnutí se mění i důvody emoční rozladěnosti, může to být způsobeno nastoleným pocitem klidného stáří (ONDRUŠOVÁ, 2011).

Je důležité brát psychologické změny, které provázejí proces stárnutí v kontextu osobnosti, než jako obecné jevy stáří. Při posuzování těchto změn je třeba brát v úvahu nejen stav různých intelektových, emocionálních a konativních aktivit, ale i schopnost daného člověka kompenzovat snižující se výkonost a způsob zvládnání těžkostí (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Ve stáří se zvyšuje počet zdravotních těžkostí, s nimiž se pacienti obracejí na lékaře. Stejně tak to je i s psychickými těžkostmi. V mnoha případech docházejí staří lidé za lékařem pro zhoršující se bolesti a nemoci, ve většině případů se za jejich obtížemi schovává neschopnost vyrovnat se s projevy stáří (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Pokud se ve stáří objeví těžká nebo chronická nemoc, psychická stav daného jedince se vždy zhorší. Starý člověk před sebou řadu nedokončených úkolů, má dojem, že se od něj ještě mnoho věcí očekává, avšak situace, která právě v jeho životě nastala, mu nedovolí vše dokončit. Příchod nemoci je pro něj upozornění na možnost blížící se smrti. Podobně jako odchod do důchodu mu naznačuje, že dveře jeho možností se pomalu zavírají. Není divu, že se tento vnitřní stav objeví na psychice jedince (KŘIVOHLAVÝ, 2002)

Zdravotní aspekty stárnutí

Podle světové zdravotnické organizace je zdraví více než nepřítomnost nemoci. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Toto pojetí poněkud překračuje kompetence medicíny,

v případě seniorů je jednoznačně pozitivním vodítkem, které zdůrazňuje důležitosti funkčních souvislostí, aktivity a zdravím podmíněné kvality života (ONDRUŠOVÁ, 2011).

Stárnutí je fyziologický jev, i ve stáří by měla být zachována fyzická i duševní rovnováha a s tím související soběstačnost. Chronické nemoci, mentální a fyzická deteriorace a závislost na společnosti nejsou nevyhnutelnými příznaky stáří. Přesto se u starších lidí vyskytují častěji závažnější nemoci a s tím snížena schopnost sebeobsluhy. S přibývajícými lety se tak dostává do popředí hodnota zdraví, na níž je závislá soběstačnosti a autonomie. S věkem se mění spektrum nemocnosti a ve stáří je zdůrazňována ve vztahu k zdravotnímu stavu dvojí problematika. Jednak jsou to zvláštnosti chorob ve stáří, z nichž dominují polymorbidita. Druhým okruhem zájmu jsou typické choroby stáří, nejčtenější jsou to nemoci kardiovaskulární. Kromě výskytu a průběhu typických chorob ve stáří ovlivňují zdravotní stav seniorů i funkčně závažné involuční změny, důsledky životního způsobu a geriatrická křehkost (TOPINKOVÁ, 2005). Pojem geriatrická křehkost plně vystihuje rizikovitost a zranitelnost části pacientů-seniorů. Stařecká křehkost je způsobena úbytkem svalové a kostní hmoty, snížením výkonosti vnitřních orgánů. Důležitým faktorem, který ovlivňuje zdravotní stav ve stáří je postupně se zvyšující imobilita, snížení vytrvalosti a s tím související nesoběstačnost (ONDRUŠOVÁ, 2011).

V posledních letech je zdůrazňováno, že některé zdravotní potíže se u geriatrických pacientů vyskytují opakovaně, často a bez vazby na určité onemocnění. Často jsou tyto obtíže přehlíženy a považovány za pouhý důsledek stárnutí. Na základě těchto obtíží vznikl koncept geriatrických syndromů, který vychází ze zkušenosti, že významné příznaky či jejich soubory mají obvykle mnohočetné a různě kombinované příčiny, chronický průběh a vedou k omezování pacientovi nezávislosti (ONDRUŠOVÁ, 2011). Specifické geriatrické syndromy může naleznout v oblasti somatické, psychické i sociální.

Sociální aspekty stárnutí

Současná doba je charakterizována svým důrazem na mládí, fyzickou krásu a výkonost. Stáří je často ztotožňováno s výrazným zhoršením zdraví a ztrátou soběstačnosti. V literaturách se uvádí, že sociální postavení člověka závisí na povaze,

prestíží jeho profese, na jeho dosaženém vzdělání a celkovému způsobu života. Odchod do důchodu obecně spěje ke snížení společenské prestiže.

Zajímavé poznatky přinesly výsledky rozsáhlého empirického výzkumu zaměřeného na životní podmínky, názory a postoje českých seniorů. Výsledkem tohoto výzkumu je, že za přelomový věk, v němž se většinou mění podmínky a styl života seniorů, můžeme označit věk mezi 75-80 roky života. S přibývajícím věkem se zhoršuje zdravotní stav, přibývá podpora vnější pomoci a narůstají problémy v subjektivním hodnocení života. Staří lidé si postupně navykají, že hledají pomoc a pocit důvěry i mimo svou rodinu, přestože důvěra v rodinu stále v tomto ohledu převyšuje. V závěru výzkumu jsou popírány představy o zvýšené kritičnosti a nespokojenosti nebo zatrpklosti seniorů a posilování takových postojů s věkem (KOLÁŘOVÁ, 2003).

1.5 Postavení seniora ve společnosti

Vyspělost a morální úroveň země můžeme posuzovat podle vztahu společnosti k seniorům. Postoje k seniorům jsou v jednotlivých společnostech velmi rozdílné. V české republice v současné době není postoj k seniorům příliš uspokojivý a bezproblémový. K této situaci dochází zejména orientací naší společnosti na západní styl života. Tento styl života nás odklonil od tradic (MALÍKOVÁ, 2011). Neměli bychom vše hodnotit negativně, ale bohužel převažuje řada nepříznivých postojů svědčících pro nedocenení stáří, ignoraci, zesměšňování, ponižování, nerespektování starších osob (MALÍKOVÁ, 2011). Pohled společnosti na stárnutí se stává závažnější zejména z toho pohledu, že se posouvá do stále nižšího věku, a to oboustranně. Stále mladší lidé a děti zesměšňují vše, co ke stáří patří a stále mladší osoby jsou stavěny do role seniorů, tedy pro určitou část společnosti zbyteční a nepotřební. Situace vypadá tak, že dnes jsou lidé kolem padesátého roku věku považováni za méně zdatné a jsou odmítáni zaměstnavateli, ani jim není dána šance prokázat své schopnosti. Řada pracovních míst je limitována věkem. U žen je tato věková hranice ještě nižší, dokonce až na třicet pět let (MALÍKOVÁ, 2011). V některých případech je přítomnost osob mnohdy ještě v produktivním věku, na sportovních, kulturních, rekreačních, vzdělávacích aktivitách mladými lidmi často nevhodně komentovány.

Současná společnost upřednostňuje mládí, výkonost, pružnost, maximální nasazení a zapomíná na zkušenosti, rozvahu a moudrost, kterou jí může nabídnout starší generace (MALÍKOVÁ, 2011). Jednou z příčin neúcty k seniorům je špatná výchova, která většinou pramení z neúplných rodin. *„Dětem a mladým lidem chybí vzory správného chování, protože tradiční funkce rodiny se také změnila a neplní všechny své funkce“* (MALÍKOVÁ, Hodnotová měřítka se natolik změnili, že v naší společnosti převažují povrchní hodnoty nad menšinou zachovaných morálních zásad a principů (MALÍKOVÁ, 2011).

Znevýhodňování a omezování starších lidí můžeme vidět i v jiných oblastech, jako je například zdravotní péče, oblast sociálního zabezpečení, také v účasti na politickém životě. *„Z listiny základních práv a svobod by měla vycházet péče o seniory, která definuje právo člověka na ochranu ve zdraví a v nemoci“* (HROZENSKÁ, 2013, s. 53). Pohled moderní společnosti na stárnutí by se měl změnit. Namísto přijímání fenoménu stárnutí jako zátěž pro společnost, je potřeba přijmout stárnutí populace jako pozitivní výzvu (POKORNÁ, 2010).

Ageismus

Za společensky nebezpečnou můžeme považovat diskriminaci věkově podmíněnou, která vychází z předpokladu, že jednotliví zástupci určité věkové kategorie či generace vykazují nejen rozdílné charakteristiky, ale i společenskou a lidskou hodnotu (POKORNÁ, 2010). Termín označující věkovou diskriminaci se nazývá ageismus. V současné době je tento termín chápán jako předsudek a negativní představa o seniorech. Ageismus je způsoben pocitem, že staří je nemoc a že staří lidé už na většinu věcí nestačí a nezvládají věci v takovém rytmu, jak by okolí očekávalo.

Podle dostupných odborných zdrojů se ageismus častěji vyskytuje v ošetrovatelské péči než v běžné populaci. Jeden z důvodů může být, že zdravotníci pečující o seniory považují jejich problémy za běžné a projevy stárnutí za typické pro všechny dlouhověkové osoby (POKORNÁ, 2010). Předpoklad omezených schopností seniorů a poruch sociální interakce při poskytování péče jistě souvisí s faktem, že při přijetí nemocných starších sedmdesáti let k akutní hospitalizaci je u 10-20% přítomen klinický obraz splňující diagnostická kritéria deliria a u 10-30% seniorů se rozvíjí v průběhu hospitalizace (POKORNÁ, 2010). Projevy ageistických tendencí

poskytovatelů ošetrovatelské péče následně vychází z několika zdrojů, individuální, sociální a kulturně podmíněné zdroje a dále z předsudků a stereotypů (POKORNÁ, 2010). V případě ageismu jde o předsudek kriticky nezhodnoceného úsudku vůči seniorům, vycházející z myšlenkového stereotypu, který pramení, z tradic, osobních zkušeností, emocí a z nich plynoucích postojů a názorů přijatých jednotlivcem (POKORNÁ, 2010).

Opatření ke snížení ageismu

K opatřením ke snížení ageismu, si musíme uvědomit, že senioři automaticky nepatří do pobytových zařízení. Jejich místo je doma a je ideální, mohou-li ve svém původním sociálním prostředí podzim svého života také strávit (MALÍKOVÁ, 2011). Ke splnění tohoto požadavku má sloužit vybudovaná kvalitní síť terénních a ambulantních služeb pro případ, že určitou formu pomoci budou ve spolupráci s rodinou potřebovat (MALÍKOVÁ, 2011). Ke snížení ageismu ve společnosti Tošnerová doporučuje podporu seniora ze strany rodiny, rozvoj jeho schopností a motivaci. Dále je důležitá podpora seniora pravdivým zviditelněním a bez stereotypů, včetně reklam, novinových článků, televizních pořadů. Důležitým faktorem v životě seniora je zvyšování jeho sebevědomí pomocí různých organizací, iniciativ a hnutí, podpora jejich aktivní účasti na společenském životě a v zájmových činnostech, které je možné realizovat s ohledem na zdravotní stav a chronická onemocnění. Dalším důležitá podpora seniora je v jeho samostatnosti, která vede ke snížení sebevražednosti (MALÍKOVÁ, s. 40, 2011).

Na řešení problému vztahu a postoje společnosti ke stáří, k seniorům a ke snížení ageismu se musí podílet více determinant. Problém vyžaduje globální změnu celé společnosti a jejího morálního uvědomění, přijetí a začlenění stáří do běžného života (MALÍKOVÁ, 2011).

Senioři v sociálním prostředí

V české společnosti model péče o staré lidi předpokládá, že poskytovaná péče je primárně od rodiny. V případě, že tento druh péče selhává nebo není možný poskytnout, jsou zde nabízeny státní či soukromé služby v péči o staré lidi. Je důležité, aby rodina i samotní senioři o těchto službách věděli a byli informováni, co

vše jim může být nabídnuto. Podpora seniora v sociálním zařízení je velmi důležitá, velký důraz je zde kladen na podporu seniora a na jeho individuální potřeby. Služby v pobytových zařízeních mohou využít senioři, kteří se již neumí sami o sebe postarat a tuto péči jim nemůže poskytnout ani vlastní rodina.

Péči o seniory můžeme rozdělit na zdravotní péči a sociální péči, v praxi se tyto dva pojmy vzájemně prolínají (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 80). Základem zdravotní péče pro seniory je primární péče, která je poskytována lékařem. Praktický lékař ve své práci dále poskytuje sekundární a terciální prevenci. V péči o seniory by lékař měl spolupracovat i s rodinou a dalšími složkami, které se o seniora starají např. ošetřovatelka, pečovatelka a jiné neziskové organizace. Domácí ošetřovatelská péče je předepisována lékařem, a je hrazena ze zdravotního pojištění jednotlivce. Tyto služby jsou poskytovány státními, soukromými a charitativními organizacemi. (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 80).

Sociální péče je u nás součástí sociálního zabezpečení. „*Druh sociálních služeb legislativně definuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. a rozděluje je na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence*“ (cit. DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 81). Poskytovaná sociální péče musí vycházet z individuálních potřeb jedince, měla by uspokojovat jeho potřeby a přání. Péče by měla motivovat seniora, k co nejlepšímu využití jeho potenciálu, i když je starý člověk odkázán na pomoc druhých, měly by být využity jeho stávající schopnosti. Sociální péče by měla být nastavena tak, aby sám senior viděl své možnosti a uměl je co nejvíce využít.

Sociální péči lze rozdělit do tří forem: ambulantní, pobytovou a terénní. Do ambulantního zařízení klient denně dochází nebo je do zařízení doprovázen. Centra denní služeb poskytují klientům různé druhy aktivačních programů. Pokud se zdravotní stav starého člověka zhorší na tolik, že je plně nesoběstačný a je nutný dohled, je na řadě umístění do pobytového zařízení. Terénní služba je druh sociální péče, která je poskytována klientovi v jeho přirozeném sociálním prostředí. Nejrozšířenější terénní službou je pečovatelská služba, hlavním cílem této služby je zajistit základní potřeby, podporovat samostatnost a nezávislost v domácím prostředí.

2 KVALITA ŽIVOTA

Tento pojem se nedá přesně definovat. Jeden z faktorů, který ovlivňuje kvalitu života, je uspokojování základních lidských potřeb. Tyto potřeby se mění s přibývajícím věkem, ale mají stále stejnou míru důležitosti.

2.1 Kvalita života seniora

Uspokojování potřeb seniorů je stejně důležité jako u kohokoli jiného, senioři jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče u seniorů není přímo spojena s věkem, ale je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačností, které omezují člověka v uspokojování potřeb a tím se i snižuje kvalita života seniorů.

V souvislosti s vymezením potřeb u seniorů má velký význam koncept sociálního fungování. Sociální fungování je proces uskutečňující se na základě interakcí mezi nároky jedince a nároky prostředí, ve kterém jedinec žije. Tam, kde je porušena rovnováha mezi nároky prostředí a schopností člověka tyto nároky zvládat, nastávají problémy v oblasti sociálního fungování (DVOŘÁČKOVÁ, 2012). Pokud tedy senior zvládá dobře své sociální fungování a společenské role, které ve svém životě zastává, dochází u něho i k naplňování svých potřeb, které jsou nezbytné pro jeho další život a jeho kvalitu. Potřeby seniorů jsou v určitém ohledu větší, zvláště když mluvíme o pocitu jistoty, bezpečí, touží po důvěře, stabilitě a spolehlivosti. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě fyzického, psychického a ekonomického zabezpečení (DVOŘÁČKOVÁ, 2012). Větší nároky na uspokojování těchto potřeb a jejich nižší schopnosti realizace může u seniorů vzbudit pocit nejistoty, strachu, demotivace a obav z pocitu závislosti na druhých. S přibývajícím věkem se stupeň závislosti může zvyšovat, proto je potřeba, aby byli senioři jak v rodinném prostředí, tak v domovech pro seniory stále motivováni. Dostatečným způsobem uspokojovat své životní potřeby je člověku přirozené v každém věku. Buď si tyto potřeby zajistí sám, nebo je závislý na pomoci druhých.

2.2 Autonomie seniorů

Termín autonomie v sobě zahrnuje sebeurčení, nezávislost, svobodu a kontrolu rozhodování. Autonomie je považována za důležitou životní hodnotu. Tato hodnota se ve stáří mění a dostává nový rozměr, senior se stává závislý na svém okolí (DVOŘÁČKOVÁ, 2012). Sýkorová tvrdí, že z pohledu samotných seniorů znamená především fyzickou soběstačnost. Zásadní význam senioři připisují zdraví. Finanční prostředky jim dávají pocit svobody. Velký význam také dávají samostatnosti v názorech, rozhodování a jednání. Dále senioři autonomii chápou jako určitou svobodu od určitých povinností a od nežádoucích sociálních kontaktů. Senioři také odmítají být „břemenem“ pro druhé. Osobní autonomii rozumí nebýt závislý na druhých. Pokud bychom chtěli posuzovat autonomii u seniorů, měli bychom brát v úvahu nejen jejich fyzické schopnosti, ale neměli bychom opomíjet potřebu péče o sebe samého (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

Dalším předpokladem autonomie je respekt vůči soukromí každého jedince. Jde o kontrolu informací o vlastní osobě, nevměšování druhých, nebýt pod jejich dohledem. Je optimální, když do svého soukromí můžeme svobodně vstupovat i z něho vystupovat. Sýkorová ve své knize zdůrazňuje rozdíly mezi seniory v tom, jak prožívají stárnutí a jakým způsobem se s ním vyrovnávají (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015). Podle Sýkorové rozlišujeme šest různých přístupů, ve kterých se připisuje význam právě autonomii (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015):

- Přístupu tzv. mladé stáří – tento přístup můžeme popsat jako subjektivní pocit mladosti, fyzické i finanční soběstačnosti, samostatné rozhodování a kompetence. Senioři akcentují vlastní autonomii a respektují autonomii druhých. Základní strategií je rozvoj aktivit středního věku. Zdroj ohrazení osobní autonomie představuje spíše redukce vnějších, než vnitřních potenciálů (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015).
- Přístup tzv. vyrovnané stáří – přístup můžeme popsat jako přijímání stáří a zároveň i daných omezení, které stáří přináší. Důchod je chápán jako čas svobody, možnost myslet i na sebe i být užitečný druhým (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015). S přístupem vyrovnaného stáří senioři vidí kladné stránky života, v rámci limitů jsou aktivní. Autonomie je

autonomií sebevědomou, založenou na sebeúctě a respektující autonomii druhých (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015).

- Přístup tzv. ambivalentní stáří – pro tento přístup je typické překonávání negativního postoje k penzionování a stáří. Senioři ostřeji vnímají ohrožení fyzické a finanční soběstačnosti, ne však autonomie ve smyslu samostatného rozhodování (ŠPĚPÁNKOVÁ, 2015). Základem postupů je aktivita přizpůsobená vnějším a vnitřním možnostem např. zájezdy, sociální aktivity.
- Přístup tzv. popírání stáří – přístup se vyznačuje distancí od stáří a starých, od vlastních zdravotních potíží. Téma nesoběstačnosti zůstává zamlčeno, naopak je hypertrofovaný akcent na kontinuitu výkonnosti, kompetenci, uznání ze strany druhých, horečnatá aktivita v oblasti podstatné pro udržení kontinuity (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015).
- Přístup tzv. vážně nemocné, imobilní stáří – pro tento přístup je zásadní identifikace se slabými a nemocnými, orientace na zbytkové aktivity se silným akcentem na jejich význam a užitečnosti pro druhé. Obtíže stáří zde nejsou zjednodušovány ani zveličovány. Udržení sebe sama se opírá o pozitivní důkazy z minulosti, rodina je zdrojem pomoci a podpory autonomie seniora, neomezuje svobodu jeho rozhodování (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015).
- Přístup tzv. zvládání čtvrtého věku – poslední přístup znamená přijetí stavu starého, nemocného a závislého, prezentovaného i navenek. Senioři se snaží vykonávat silně redukované pasivní činnosti, dokud nejsou vyčerpány psychické rezervy, tj. dokud pro ně aktivita neztratí smysl a oni neunikají mimo realitu do svého vnitřního světa. Do popředí vystupují mechanismy zajišťující osobní bezpečí. Mezi hlavní témata, která jsou typická pro tento přístup, je umírání a smrt (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015).

„Uvedené přístupy jsou vyvozeny ze solidního empirického zkoumání současných seniorů“ (ŠTĚPÁNKOVÁ, 2015, s. 26). V domově seniorů, ve kterém se pohybují, můžeme najít všechny typy přístupů seniorů ke stáří. U seniorů, kteří patří do prvních dvou skupin, můžeme nejvíce využít aktivizaci seniorů, zapojení do kurzu

určených pro seniory. Naopak skupiny nejméně vhodné jsou senioři, kteří volí jeden z posledních přístupů.

2.3 Aktivizace seniorů

Stáří neznamena, že člověk přestane být aktivní, ztratí své dosavadní zájmy. Vlivem stárnutí organismu tělo ztrácí pružnost a sílu, ale to by jedince nemělo limitovat ve svých zájmech a aktivitách. Člověk by měl být aktivní natolik, co mu jeho zdravotní stav dovolí, čím více má senior zájmů a koníčků, tím více je jeho fyzický i duševní stav odolnější vůči nemocem. Aktivací seniorů zlepšujeme jejich psychický stav a tím otužujeme fyzickou kondici.

Aktivní život a aktivní stáří pomáhá jedincům zlepšit kvalitu života. Kvalita života je hodně spjata s prostředím, ve kterém lidé žijí, s jejich potřebami a požadavky (HOLCZEROVÁ, 2013). Aktivní stárnutí můžeme shrnout jako „*nezávislost, účast na životě společnosti, důstojnost, péče a seberealizace*“ (HOLCZEROVÁ, 2013, s. 23). Do pojmu můžeme také zahrnout respektování práv starých lidí, možnosti účasti na společenských akcích, zodpovědnosti starých lidí. O aktivitě seniorů rozhodují čtyři dimenze – společenská atmosféra, individualita člověka, zdravotní stav a nabídka možností.

Aktivní stárnutí také znamená nabízet lepší podporu starším lidem, kteří ji potřebují, aby zdravotní problémy nevedly k jejich vyloučení ze společnosti (HOLCZEROVÁ, 2013).

Metody aktivizace užívané u seniorů

- **Canesterapie** – léčebná metoda s využitím speciálně vedeného a vycvičeného psa. Kontakt se psem představuje účelné rozptýlení a psychické uvolnění. V domovech seniorů se zejména využívá jako psychosociální metoda. Při kontaktu se psem dochází k navození příjemného pocitu, klient se celkově uvolní a tím dochází ke snížení svalového napětí. Na základě celkového uvolnění může dojít i ke snížení bolestivých stavů. U pacientů se spastickým držením horních nebo dolních končetin dochází pomocí canesterapie ke snížení svalového napětí.
- **Ergoterapie** – tento druh terapie má široké možnosti aplikace, hlavním cílem

je co nejlepší návrat klienta do běžného života. V pobytových zařízeních se nejčastěji aplikuje na trénink kognitivních funkcí, na rozvoj kreativity klienta, cvičení jemné motoriky. V rámci ergoterapie se s klienty také cvičí jejich samostatnost a soběstačnost ve všedních denních činnostech.

- **Muzikoterapie** – „muzikoterapie je terapeutický obor, jenž využívá hudby či hudebních prvků k dosažení nehudebních cílů. Těmito metami jsou nejčastěji cíle léčebné, ale může jít i osobní rozvoj, zlepšení kvality života či mezilidských vztahů“ (GERLICOVÁ, 2014, s. 16).
- **Reminiscence** – tato technika je záměrné řízené vyvolání a vedení vzpomínek klienta a podpora jeho rozvoje. Reminiscence má v gerontologii své nezastupitelné místo. Využívá se především u osob s demencí, ale je velmi prospěšná i k podpoře aktivizace imobilních, dlouhodobě ležících a nesoběstačných osob. Tento druh terapie je zejména prospěšný u klientů, kteří mají ještě zachované některé kognitivní funkce a kteří jsou schopni si alespoň částečně vybavit svoji minulost a své zážitky (MALÍKOVÁ, 2011). Při použití reminiscence podporujeme u klienta vzpomínání na všechny jeho důležité životní události, jako je rodinný život, manželství, výchova dětí, vykonávaná práce a koníčky.
- **Arteterapie** – tento druh terapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace. Výtvarný výrazový prostředek je dostupný každému, ne pouze těm výtvarně nadaným. Arteterapie si klade více cílů, z hlediska individuálního cíle sem řadíme uvolnění, sebeprožívání, vnímání vlastních možností a prožitků. Z hlediska sociálního se uvádí vnímání a přijetí druhých lidí, vytváření uznání jejich hodnoty, jejich ocenění, zapojení do skupiny a kooperace (HOLCZEROVÁ, 2013). Arteterapii můžeme aplikovat i jako skupinovou terapii.
- **Dramaterapie** – je druh terapie, který využívá dramatických postupů k vyjádření sebe samého, svých pocitů, postojů. Tuto specifickou činnost provádí dramaterapeut. Dramaterapeut pracující se seniory musí mít základy v oblasti geronto-psychologie a měl by mít přímou zkušenost se zvláštnostmi osobní struktury starého člověka (HOLCZEROVÁ, 2013).
- **Fyzioterapie a pohybové aktivity** – fyzioterapie má při práci se seniory svá specifika. Terapeut by měl být ke klientům obzvláště empatický a tolerantní

vůči jejich přidružením zdravotním hendikepům, např. nedoslýchavosti, zhoršení zraku, zpomalení psychomotorického tempa. Cílem terapie je snížení bolestí, zlepšení svalové síly. Terapeut by se měl snažit co nejvíce využít současné pohybové možnosti klienta. Fyzioterapie u seniorů je důležitá pro udržení celkové kondice. Je dobré si uvědomit, že fyzický stav se odráží na psychické stránce jedince a naopak.

Vzdělávání seniorů

Oblast celoživotního vzdělávání, která se zabývá vzděláváním seniorů, se nazývá gerontologika.

V dnešní době stále rostou požadavky a potřeby na celoživotní vzdělávání a učení, nedílnou součástí je i vzdělávání seniorů. Učení a vzdělávání ve stáří plní řadu úkolů (KALVACH, 2004):

- Uspokojování základní potřeby poznávat.
- Inovace znalostí a orientace v současném dění včetně zvládnání nových technologií, např. počítačové gramotnosti seniorů.
- Přínos nových sociálních kontaktů, posílení sociální sítě.
- Proces učení a poznávání stimuluje psychickou aktivitu a výkonnost, brání duševnímu úpadku.
- Některé poznatky mohou být využity v běžném životě, v obohacení volného času.

Za nejvyšší formu gerontologiky je považována tzv. univerzita třetího věku. Jde o seniorské celoživotní vzdělávání organizované univerzitami, kdy jako lektori působí vysokoškolští učitelé (KALVACH, 2004). Definice v pedagogickém slovníku podle Průchy: *„univerzita třetího věku je specifická forma vzdělávání dospělých, určená pro vzdělávání seniorů. Realizuje se jako cykly přednášek nebo jako ucelené studium v různých oborech humanitních, společenských i přírodních. Vyučují vysokoškolští a jiní odborníci. Neposkytuje akademický titul, vzdělání je zde hlavně prostředkem aktivního naplnění života“* (DVOŘÁČKOVÁ, 2012, s. 31).

Počátek českých univerzit třetího věku můžeme datovat od roku 1986, kdy Karlova univerzita, Jihočeská univerzita a dále i Palackého univerzita, začaly

organizovat první kurzy pro seniory. Velký rozmach seniorského vzdělávání nastal po roce 1992, kdy se otevřely možnosti navázat kontakty s podobnými organizacemi v zahraničí (DVOŘÁČKOVÁ, 2012). Hlavním úkolem univerzity třetího věku je seznámit starší občany s vědeckými poznatky, prohloubit jejich sebepoznání, pomoci jim získat nadhled a tím ulehčit jejich přizpůsobování a orientaci ve stále se měnícím světě (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY

Práce se seniory má svá specifika. Pracovník, který se rozhodne pro tuto práci, by měl mít určité osobnostní rysy, které mu při komunikaci se staršími lidmi pomohou. Základní vlastností by měla být empatie, tolerance, schopnost naslouchat a motivovat. Senioři často mívají pocit nepotřeby, jsou málo oceňováni, v některých případech mají špatné rodinné vztahy. V rámci sociální práce se seniory by pracovník měl s těmito stavami umět pracovat a zvolit takové metody sociální práce, aby naplňovaly potřeby a přání klienta.

3.1 Role sociální pracovník při péči o seniory

Sociální pracovník v pobytovém zařízení je pracovníkem s vyšší odbornou kvalifikací v oblasti sociálních služeb. V rámci pracovní činnosti je podřízen vedoucímu zařízení a vedoucímu sociálnímu pracovníkovi, pokud je v zařízení tato funkce stanovena. Spolupracuje s vrchní sestrou, všeobecnými sestrami, pracovníky v sociálních službách, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, aktivizační sestrou.

Při práci se seniory je důležitá činnost multidisciplinárního týmu, který se může skládat z mnoha profesí. V souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006/Sb., o sociálních službách, se změnila požadavky na vzdělání a změnila s i samotná náplň práce. V nedávných dobách se sociální pracovník převážně zabýval finančními problémy uživatele, např. výplaty důchodů, vyřizování příspěvků na péči apod. Postupně se úloha sociálního pracovníka rozšiřuje do oblasti individuální práce

s uživateli (DVOŘÁČKOVÁ, 2012). Do popředí práce sociálního pracovníka se dostává individuální plánování a aplikace různých druhů terapií, jako např. reminiscence, trénování paměti, muzikoterapie, ergoterapie. Sociální pracovníci jsou více v kontaktu se samotnými klienty, ale i v kontaktu s jeho rodinnými příslušníky, což je nedílnou součástí kvalitní péče o klienta.

V péči o seniory se sociální práce zejména uplatňuje včasnou preventivní pomocí. Sociální pracovník musí vycházet ze sociální situace, ve které se senior nachází (MÜLHPACHT, 2004). Tato situace může být charakterizována postupně vznikající nesoběstačností, která způsobuje závislost na pomoci druhé osoby, snížení fyzických a psychických schopností. Individuální práce se seniorem by měla být zaměřena na posilování samostatnosti a povzbuzování jeho aktivit. Sociální pracovník poskytuje základní či odborná sociální poradenství a pomáhá řešit generační rozpory plynoucí z neschopnosti členů rodiny vhodně komunikovat s měnící se osobností starého člověka (DVOŘÁČKOVÁ, 2012).

V pobytovém sociálním zařízení je práce sociálního pracovníka velmi důležitá, vytváří důležitý „most“ mezi klientem a sociálním prostředím. Činnosti, které provádí, se prolínají všemi etapami práce v zařízení. Sociální pracovník má významnou úlohu od okamžiku kontaktu zájemce nebo jeho příbuzných o poskytování služeb v zařízení, až po sociální poradenství příbuzným při úmrtí klienta (MALÍKOVÁ, 2011). Práce sociálního pracovníka zahrnuje mnoho činností spojených s klientem. V následujícím textu poukazuji pouze na některé činnosti:

- Poskytování informací o možnostech umístění do zařízení.
- Evidence došlých žádostí a potřebných dokladů pro jednání sociální komise v pořadníku čekatelů.
- Účast na vlastním jednání sociální komise a vyrozumění žadatelů o výsledku.
- Přípravu písemné smlouvy o poskytování služby.
- Pomoc klientovi při adaptaci a reintegraci v novém prostředí a v nové společenské komunitě.
- Pravidelné návštěvy klientů a zkoumání možných sociálních a jiných problémů.
- Kontakt s příbuznými klientů a spolupráce s nimi dle potřeby.
- Denní spolupráce s psychologem, s lékařem a ošetřujícím personálem.

- Organizaci a koordinaci individuálního plánování v zařízení včetně stanovení klíčových pracovníků pro jednotlivé klienty.

3.2 Služby poskytované v domovech pro seniory

Poskytovatel sociální služby je povinen dodržovat rozsah služeb stanovený zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pro konkrétní druh poskytované služby a odpovídajícího typu zařízení. Podle § 49, dílu 3, odst. 1 jsou v domovech pro seniory poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006. Sb., §49, odst. 1). Služby poskytované v domovech seniorů musí obsahovat tyto činnosti (MALÍKOVÁ, 2011):

- Poskytnutí ubytování, umožňuje poskytnutí trvalého domova seniorům a zdravotně postiženým osobám do konce jejich života se zohledněním jejich zdravotního omezení. Svým přizpůsobením současně umožňuje bezproblémové a kontinuální poskytování pomoci klientovi při jednotlivých běžných denních činnostech (MALÍKOVÁ, 2011).
- Poskytnutí stravy, dochází k naplnění základní lidské potřeby u nesoběstačných klientů v zařízení. Strava musí být klientům poskytnuta tak, aby byla v souladu s jejich věkem, zdravotním stavem a onemocněním.
- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Tato péče je poskytována všem klientům, kteří potřebují v menší či větší míře asistenci, pomoc nebo úplné provedení některých běžných denních činností spojených s pohybem.
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, péče o tělo a to jak péče hygienická, tak péče o vyprazdňování, je považováno za velmi důležitou složku v ošetrovatelské péči (MALÍKOVÁ, 2011). Kvalitní a systematická péče o tělo a vyprazdňování zamezuje vzniku řady komplikací.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Většina

klientů domova seniorů není schopna udržovat sociální kontakty. Pracovníci pečující o klienty tak, aby je jejich imobilita neomezovala a nevedla u nich k sociální izolaci. Jako prevence vzniku sociální izolace jsou klienti doprovázeni (odváženi) pracovníky do společenských prostor nebo za příznivého počasí na zahradu, kde dochází se ke kontaktu s ostatními klienty. Důležitá je účast klientů na kulturních akcích domova seniorů, ve kterém se nacházejí.

- Sociálně terapeutické činnosti, kdy na základě metod a postupů socioterapie pracovníci usilují o rozvoj nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, kterými podporují začlenění klientů (MALÍKOVÁ, 2011). Na základě socioterapeutického plánu pracovník uspokojuje přání a potřeby klienta.
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí, zprostředkování pomoci v této oblasti se zejména týká komunikace vedoucí k uplatňování práv a oprávnění zájmů klienta. Může jít o situace klienta s poruchou vědomí a orientace, o klienta po cévní mozkové příhodě s poruchou řeči. Podle okolností a podle potřeby je klientovi zajištěno využití náhradního způsobu, aby byla pomoc zajištěna (MALÍKOVÁ, 2011).
- Aktivizační činnosti. Tyto činnosti plně navazují na socioterapeutický plán. Smyslem aktivizace je nalezení stimulačních podnětů, které pomáhají u klienta probudit zájem o sebe samého, uvědomit si svá přání a potřeby. Většina těchto činností je zacílena tak, aby klienta zmobilizovala, využila jeho síly a tím i částečně zabránila jeho nesoběstačnosti a závislosti (MALÍKOVÁ, 2011). Do aktivizační činnosti zahrnujeme individuální plánování, ve kterém využíváme možnosti a schopnosti klienta pro udržení jeho soběstačnosti a psychické kondice.

Mezi další činnosti poskytované v pobytovém zařízení dále řadíme: činnost sociálního pracovníka, rehabilitační cvičení, ergoterapii, duchovní péči, ošetrovatelskou činnost, zdravotní péči.

3.3 Individuální plánování v pobytových zařízeních

Individuálně poskytovaná péče byla klientům v pobytových zařízeních poskytována až po vstupu platnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006 (MALÍKOVÁ, 2011). Před vstupem platnosti zákona měla sociální péče v pobytových zařízeních charakter rutinně vykonávaných činností, které byly prováděny jednotným způsobem, systémem skupinové péče. Systém skupinové péče o klienty v pobytových zařízeních sociálních služeb nezohledňoval individualitu jedince a neusiloval systematicky a cíleně o splnění očekávání klienta (MALÍKOVÁ, 2011). V rámci individuálního plánování si stanovíme cíle, kterých chceme při práci s klientem dosáhnout. Daný cíl je sestavený z přání a potřeby klienta, je to společná práce mezi pracovníkem a klientem. V závislosti na stanovený cíl plánujeme postup, jak cíle dosáhnout. Poskytované služby jsou rozplánovány individuálně s ohledem na vnitřní zdroje klienta a vnější zdroje pobytového zařízení. Výsledkem individuálního plánování služeb je písemně zpracovaný individuální plán u každého uživatele.

Cíle individuálního plánování (HAUKE, 2011):

- Poskytovat sociální služby v co nejlepší kvalitě s ohledem na jeho potřeby a přání.
- Přizpůsobit sociální služby klientovým specifickým podmínkám, požadavkům, možnostem, schopnostem a osobním cílům.
- Zapojit klienta do procesu plánování i výkonu samotné služby.

Význam individuálního plánování

Individuální plánování je přínosné pro oba články sociálních služeb a to jak pro uživatele, tak pro poskytovatele.

Přínos plánování pro uživatele (HAUKE, 2011):

- Uživatel vstupuje jako rovnocenný partner.
- Uživatel má možnost a právo se rozhodnout, zda jím oslovená služba pomáhá naplňovat jeho přání a potřeby.

- Uživateli poskytuje větší pocit bezpečí.
- Zná své práva a povinnosti.
- Zvyšuje jeho kompetence v oblasti rozhodování a přijímání zodpovědnosti za volby ve svém životě, tím se uživatel stává aktivním příjemcem sociálních služeb v pobytovém zařízení.

Přínos plánování pro poskytovatele (HAUKE, 2011):

- Zaměstnanci, kteří přichází ke kontaktu s konkrétním klientem, postupují stejným způsobem, tedy dle sestaveného individuálního plánu.
- Stává se prostředkem pro stanovení kapacity služby.
- Je kontrolním mechanismem k efektivnímu využívání služby a pracovní doby.
- Je prostředkem ke zvyšování kvality služby a změně v nabídce služeb a to na základě zjišťovaných potřeb a přání uživatele.
- Je jedním z mechanismů pro tvorbu rozvojových plánů organizace.

Ze své zkušenosti, kterou jsem získala nejen při vypracovávání případových prací do mé diplomové práce, mohu říci, že další pozitiva individuálního plánování se rozkrývají v průběhu práce s klientem. Mezi ně mohu zařadit větší motivaci pro poskytování služeb, intenzivnější zpětná vazba mezi klientem a pracovníkem.

Zjišťování individuálních potřeb klienta

Základem správně stanoveného individuálního plánu je získání dostatečných informací o klientovi. Proto, abychom tyto informace získali a porozuměli klientovi i jeho očekávání, je nutné přistupovat individuálně i při zjišťování těchto informací. Je vhodné při zjišťování potřeb klientů dodržovat určitý postup (MALÍKOVÁ, 2011). Při sběru informací o klientovi je jako prvotní získání potřebných informací z dokumentace a následný vedený rozhovor s klientem. Během sběru anamnézy od klienta je potřeba, aby vše probíhalo v klidném a příjemném prostředí. Pracovník by se měl snažit o získání důvěry klienta. Na základě získaných informací pracovník vypracuje krátkodobý a dlouhodobý plán, který by měl uspokojovat přání a potřeby klienta. V plánu by měly být zahrnuty vnitřní zdroje klienta a vnější zdroje organizace. Po sestavení plánu a konzultaci s klientem se přechází k jeho samotné realizaci.

Myslím si, že při prvním kontaktu s klientem za účelem sběru anamnestických dat je důležité, aby mezi oběma stranami vznikl harmonický vztah. Klient by se měl cítit bezpečně a nebát se říct svá přání a požadavky. Pracovník by měl nastolit takovou atmosféru, aby klient cítil, že jsme zde pro něj. Dalším důležitým prvkem tohoto setkání je stanovit cíl, kterého chceme touto cestou dosáhnout. Pro stanovení cíle musíme vytvořit krátkodobý a dlouhodobý plán, díky kterému cíle dosáhneme. Klient by měl být vždy se samotným plánem srozuměn. Plán by se měl opírat o to, že je vypracován pro individuální potřeby konkrétního klienta. Dobře sestavený individuální plán zpříjemňuje klientům pobyt v sociálním zařízení a vytváří kladný vztah k pomáhajícímu personálu.

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Cíl výzkumné části

Cílem empirické části mé diplomové práce je zjistit, jaký vliv má práce sociálního pracovníka na kvalitu života seniorů v domově pro seniory a také zjistit, zda je individuální plánování důležitým faktorem, který pozitivně ovlivňuje prožívání stáří v domově pro seniory.

K vytvoření takového výzkumného šetření mě navedla práce v domově pro seniory, kde dlouhodobě pracuji jako fyzioterapeut. Každý den se setkávám s řadou klientů, kteří jsou spokojeni i nespokojeni s životem v domově seniorů. V průběhu mého pobytu v domově jsem se setkala s klienty, kteří jsou zde již řadu let i s těmi, kteří jsou v domově kratší dobu. Životní příběhy klientů, jejich prožívání života v domově seniorů a možnosti socioterapeutického plánování se mi zdály natolik zajímavé, že jsem si zvolila jako výzkumné šetření kvalitativní metodu výzkumu – případovou studii. Dále jsem si tento typ výzkumu zvolila z toho důvodu, že jsem měla možnosti být s klienty v jejich přirozeném prostředí a tím lépe porozumět jejich chování. Byla jsem součástí jejich života v domově pro seniory. Z počátku jsem měla možnost být jako nezúčastněný pozorovatel, v průběhu mé přípravy na psaní diplomové práce jsem se stala zúčastněným pozorovatelem. Dále jsem měla možnost

shromáždit větší množství údajů o konkrétních klientech a tím lépe zhodnotit jejich prožívání života v domově pro seniory.

Jsem si vědoma, že můj vybraný druh výzkumné metody je subjektivní, že výsledky jsou snadněji ovlivnitelné výzkumníkem a jeho osobními preferencemi. Vzhledem k tomu, že jsem si k výzkumu zvolila pouze seniory žijící v domově seniorů části Prahy 4, počet výzkumných vzorků je poměrně malý. Nelze tedy říci, že jsou výsledky výzkumné části obecně platné. Přesto jsem tento druh výzkumného šetření vybrala jako nejvhodnější k dosažení mého cíle stanoveného v diplomové práci. Z důvodu, že u kvalitativní metody výzkumu je obtížné testovat hypotézy a výsledky nejsou objektivní, stanovila jsem si v mé diplomové práci pouze cíle.

4.2 Zkoumaný soubor

Zkoumaným souborem bylo celkem 30 oslovených seniorů žijících v domově pro seniory v Praze 4. Tento počet byl nízký i z důvodu zdravotního stavu klientů domova. Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 10 seniorů, kteří byli ochotni sepsat případové studie. Rozdělení klientů je podle délky pobytu v tomto zařízení. Rozdělení je patrné v tab. č. 1.

Tab. č. 1. Rozdělení zkoumaného souboru podle délky pobytu v domově seniorů.

| Délka pobytu | Počet klientů | Počet klientů v % |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1 – 3 měsíce | 1 | 10% |
| 3 měsíce – 1 rok | 0 | 0% |
| 1 rok – 5 let | 7 | 70% |
| 5 let – 10 let | 2 | 20% |
| Celkem | 10 | 100% |

4.3 Metodika výzkumu

Předmětem zkoumání byla úzká výšeč populace s možností získání více informací, konkrétně klienti domova seniorů Praha 4. Metodou výzkumu je zvolena

případová studie. Pro sběr dat byl zvolen vedený rozhovor s klientem. Z hlediska metodologie se jedná o kvalitativní výzkum.

Celkem bylo osloveno 30 klientů daného domova seniorů. Z toho 10 klientů bylo ochotných zúčastnit se případové studie. Klienty jsem vybírala podle jejich délky pobytu v domově seniorů, abych mohla lépe posoudit prožívání života v pobytovém zařízení. S vybranými klienty jsem na základě vedeného rozhovoru získala základní informace, dále anamnestická data tj. osobní anamnézu, sociální anamnézu, nynější zdravotní problémy, některé údaje jsem měla možnost získat ze zdravotní dokumentace klienta. Na základě získaných informací jsem stanovila socioterapeutický plán, který jsem rozdělila na krátkodobý a dlouhodobý individuální plán. Po sestavení těchto plánů jsem přešla k samotné realizaci. Po realizaci plánu jsem zhodnotila celkovou práci s klientem. Při sestavování individuálního plánu jsem komunikovala i s ostatními členy multidisciplinárního týmu domova, např. s ošetřujícím lékařem, psychiatrickou, vrchní sestrou, staniční sestrou, ošetřujícím personálem, ergoterapeutkou, fyzioterapeutkou.

5 PŘÍPADOVÉ STUDIE

1.1 PŘÍPADOVÁ STUDIE 1

1. PRVNÍ ETAPA SOCIÁLNÍ EVIDENCE

1.1. ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Klientku v následujícím textu budu nazývat jako paní Janu. Toto jméno je v zájmu zachování anonymity vymyšlené. Paní Janě je 87 let, již sedm let je vdova, v domově pro seniory je třetím rokem. V mládí prožila v jižních Čechách, kde také pracovala v krejčovské dílně. Po sňatku se s manželem přestěhovala do Prahy, zde pracovala na poště. Paní Jana měla dvě děti, syna a dceru. Dcera ji zemřela před dvěma lety a syn ji zemřel po těžké nemoci před deseti lety. Z těchto skutečností se stále těžce vyrovnává.

V 82 letech prodělala paní Jana lehkou mozkovou příhodu, po které byla částečně odkázána na pomoc druhých. Z tohoto důvodu se přestěhovala ke své dceři. Dcera žila v Praze v bytě se svým manželem a dvěma dětmi. Paní Jana neměla moc dobrý vztah s manželem své dcery. Proto po smrti své dcery podala žádost o umístění v domově seniorů.

1.2. PRVNÍ KONTAKT S KLIENTKOU

V domově pro seniory, kde jsem se s klientkou poprvé setkala, se při nástupu nového klienta sepisuje anamnéza, klient se seznámí s chodem zařízení a jsou mu nabídnuty aktivity, kterých se může zúčastnit. V prvním měsíci pobytu je pro klienty náročný zejména po stránce psychické, zvykají si nové prostředí, učí se orientovat v domově. Po prvním seznámení s domovem je s klientem sepsán individuální plán na základě jeho potřeb a přání.

S paní Janou jsem se po prvé setkala při realizaci individuálního plánu, který jsem začala sestavovat po měsíci pobytu paní Jany v domově pro seniory. Byla komunikativní, bez problému jsem s ní navázala vedený rozhovor. Během rozhovoru byla uvolněná, bez obtíží mi vyprávěla o svém životě. Ráda mluvila o své práci a

svých zájmech. Když jsme se během povídání dostali k rodině, zesmutněla a odklonila rozhovor jinam.

V domově se paní Janě líbilo, neměla problém s adaptací v novém prostředí. Tím, že byla komunikativní, bez problému navázala vztah s ostatními spolubydlícími. Jediný problém, kde se paní Jana necítila úplně jistě, byla orientace a mobilita po domově. To vše jsem zaznamenala, abych pak mohla sepsat a následně realizovat individuální plán.

2. DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Paní Jana je sedmým rokem vdova. Za života svého manžela žila v patrovém bytě v Praze. Manžel pracoval jako úředník. Paní Jana v posledních letech před důchodem pracovala na poště. Práce ji bavila, ráda poznávala nové lidi a bez problému uměla navázat kontakt s cizími lidmi. V důchodovém věku, když ji zdraví dovolilo, docházela na poštu jednou týdně jako výpomoc.

Měla dvě děti, syn paní Janě zemřel před deseti lety, od syna nemá žádné vnouče. Dcera ji také zemřela krátce po smrti manžela. Odchod dětí paní Janu hodně poznamenal. Ačkoli je velice přátelská, bez problému umí mluvit o svém životě a často jsme se s paní Janou nad jejím životem zasmály, ale odchod jejích dětí je pro ni nepřekonatelná bolest. Úmrtí dcery jí částečně ulehčují její dvě vnučky, se kterými má dobrý vztah a je s nimi v kontaktu každý den.

Po smrti manžela se paní Jana nastěhovala k dceři. Dcera žila se svou rodinou v rodinném domě, kde měla paní Jana i svou místnost, kde žila až do nástupu do domova seniorů. U dcery mohla zůstat, ale jelikož nevycházela dobře s manželem své dcery a po prodělání mozkové příhody měla mírný pohybový deficit, byla ráda, když mohla nastoupit do domova seniorů.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Při nástupu do domova seniorů byla paní Jana částečně imobilní, na chůzi mimo pokoj používala vycházkovou hůl. Částečnou imobilitu jí způsobila mozková příhoda, po které měla lehký neurologický deficit pravé části těla. Dále je klientka v péči ortopeda z důvodu bolesti nosných kloubů. Klientka je kontinentní, pomoc potřebuje zejména při velké hygieně, sama zvládá malou hygienu, lehké domácí práce. Samostatnou chůzi zvládá po pokoji, na delší vzdálenost si pro svou jistotu bere vycházkovou hůl.

Klientka je po operaci levého oka, nosí brýle. Slyší dobře, nenosí naslouchátko. Je pravák, z důvodu prodělané lehké mozkové příhody má lehké problémy se psaním. Zvládne se sama obléci, ale má problém s jemnou motorikou, takže nezapne zip nebo knoflíky. Při jídle paní Janě dělá problém si namazat pečivo a udržet příbor v pravé ruce.

Klientka má nastavený svůj denní rytmus. Když ještě bydlela u své dcery, vstávala kolem sedmé hodiny, dcera ji pomohla při přípravě ranní kávy, dala si pečivo a luštila křížovky. Někdy, když se cítila dobře, pomáhala dceři s drobnými pracemi v domácnosti. Odpoledne za ní chodila dlouholetá kamarádka z pošty.

Paní Jana si byla vědoma, že o některé aktivity přijde nebo je nebude moci aplikovat v takové míře. Přesto se do domova seniorů těšila, zejména protože věděla, že v určitých věcech potřebuje pomoci a že domov jí je schopen mnoho věcí nabídnout.

2. 3. HODNOCENÍ INFORMACÍ

Paní Jana se do domova seniorů těšila, byla si vědoma, že vše nezvládne sama a manžel její zesnulé dcery se o ní nedokázal starat tak, jak potřebovala a s přibývajícím věkem by se její potřeby zvyšovaly. Hlavně, jak paní Jana popisovala, neměla se zetěm moc dobrý vztah. S nástupem přišly i obavy, že se jí změní její nastolený denní režim a že nebude mít dostatek denních aktivit, jak byla sama zvyklá. Tyto její obavy kompenzovala tím, že bude mít jistotu, že se o ni v domově postarají po stránkách, které již sama nezvládala.

Při nástupu si klientka mohla do svého nového bytu v domově vzít vše, co by jí život v domově zpříjemňoval, aby se zde cítila co nejlépe. Paní Jana si vzala věci, které ji připomínaly její prožitý život, vzpomínky na manžela a děti. Pokoj, který paní měla v domově, ji pomáhaly zútulňovat její dvě vnučky.

Celkový můj dojem z klientky byl příjemný, byla komunikativní, uměla mluvit o svých přáních a potřebách. Nástup do domova nebrala jako konec životní etapy, ale jako nutnost pro její spokojené stáří.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3. 1 SOCIOTERAPEUTICKÝ PLÁN

3. 1. 1 krátkodobý plán

Pomocí vedeného rozhovoru jsem se snažila získat informace o potřebách klientky. Dále jsem se snažila stanovit priority mezi zjištěnými potřebami, dojmy a přáními, tedy co je pro klientku tím nejdůležitějším. Při stanovování priorit jsem se snažila objevit vnitřní zdroje klientky, tedy co sama může klientka udělat pro dosažení své priority. Zamyslela jsme se nad tím, co můžu klientce nabídnout já, čím dosažení její priority můžu podpořit a jaké možnosti nabízí domov seniorů.

3. 1. 2 dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu jsem rozplánovala každodenní aktivity klientky, které jsem na základě určení jejich priorit stanovila. Využila jsem možnosti domova seniorů. Během přípravy dlouhodobého plánu jsem komunikovala s kolegy, kterých se jeho zpracování také týkalo. Při samotném plánování jsem se snažila zohlednit jejich připomínky.

3. 2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Po stanovení osnovy krátkodobého individuálního plánu jsem přešla k jeho samotné realizaci. Do vnitřních zdrojů klientky jsem zařadila samostatnou chůzi o jedné vycházkové holi, zálibu v luštění křížovek a komunikativnost. Samotný domov

seniorů nabízí hodně aktivit, kde se může klient sám rozvíjet. Domov má týdenní harmonogram akcí, který je vyvěšen ve výtahu a na každém patře a klienti ho také mají k dispozici v měsíčníku, který jsem paní Janě objednala k pravidelnému odběru. Součástí každého časopisu jsou křížovky a jiné druhy luštění, což se klientce velmi líbilo.

Seznámila jsem paní Janu s možnostmi, které domov nabízí. Zaměřila jsem se zejména na aktivity, u kterých jsem věděla, že je Jana dělala ještě před nástupem do domova a také aktivity, které by ji mohly obohatit. Na svůj věk a tělesný handicap byla paní Jana velice aktivní a měla zájem o nové lidi a věci. Chtěla jsem tuto její vlastnost co nejvíce podtrhnout a využít při nabídkách aktivit.

První věc, kterou jsem s klientkou absolvovala jako součást plnění krátkodobého plánu, byla seznamovací procházka po domově. Paní Jana byla nadšena, jen se z počátku obávala, jak zvládne chůzi po domově. Z těchto obav jsem paní Janu vyvedla tím, že jsem ji ubezpečila, že domov je zcela bezbariérový a že si může odpočinout, kdykoli bude potřebovat. Ukázala jsem klientce místnosti, kde probíhá většina pohybových aktivit a také pondělní posezení u kávy. Pondělní dýchánky u kávy paní Janu zaujaly nejvíce a těšila se na nadcházející posezení, až se bude moci seznámit s ostatními klienty. Po domluvě s ošetřujícím personálem, který na tyto akce klienty doprovází, jsem paní napsala na pravidelné pondělní návštěvy kavárny.

Další aktivitu, kterou jsem klientce nabídla k pravidelné návštěvě, bylo každodenní ranní protahování. Z toho paní Jana nebyla moc nadšená, ale když jsem jí informovala o možnosti dalšího seznámení s novými klienty, rozhodla se někdy cvičení absolvovat.

Mezi činnostmi, které domov nabízí, patří také klub čtení, herní odpoledne a vzpomínky. Všechny tyto aktivity jsem paní Janě nabídla z důvodu, že by si v nich mohla prohloubit své záliby v luštění a také zavzpomínat na příběhy ze života.

Většina nabídnutých aktivit se konala ve velkém sále, kam jsme s paní Janou bez problému došly. Hned naproti jsou ergoterapeutické dílny, kde probíhají ruční práce. O tyto činnosti neměla paní Jana zájem, přesto jsem ji prostory ukázala.

Poslední část, kterou jsme s klientkou prošly, byl malý salonek u recepce, kde probíhá klub čtení a herní odpoledne.

Po procházce po domově jsem sepsala aktivity, které paní Janu zajímaly, a po domluvě s personálem jsem paní napsala na seznam k jednotlivým činnostem. Všechny aktivity, které paní Janu zaujaly, byly součástí jejího individuálního plánu.

4 ČTVRTÁ ETAPA: ANALÝZA PROŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTKOU

Skutečnost, že se paní Jana do domova seniorů těšila, nám ulehčila veškerá individuální plánování. Během našich sezení byla klientka komunikativní a přátelská. Jediné její obavy byly z mobility po domově, které jsem spolu s ošetřujícím personálem vyřešila.

Nastolený individuální plán byl realizován za pomoci ostatního personálu. Klientka pravidelně chodila na aktivity, dokonce se zúčastňovala ranního cvičení, chodila na pravidelné kulturní akce, které domov organizoval každou středu. Postupem času si paní Jana sama vyhledávala aktivity, které ji zajímaly, na některé akce za ní docházela její dlouholetá kamarádka z pošty.

Paní Jana byla pro mě moc příjemná zkušenost po stránce vnímání stáří v domově pro seniory. Nástup do domova brala jako součástí jejího stáří, i když by pro ni určitě bylo lepší prožívat život vedle svých blízkých, ale život ji to neumožnil. Během svého života prožila opravdu těžké chvíle, které ji sice poznamenaly, ale ne natolik, aby zapomněla na okolní svět. Stále měla dvě vnučky, které za ní docházely, přítelkyni z práce a i v domově pro seniory si našla osoby, se kterými si ráda posedí.

Za paní Janou docházím, abych jako její sociální pracovník zhodnotila její spokojenost v domově. Vždy mě příjemně překvapí svým elánem a energií, která z ní vyzařuje. Jak sama paní Jana říká, je zde ráda a váží si zájmu, který jí byl a je z mé strany projevován.

1.2 PŘÍPADOVÁ STUDIE 2

1 PRVNÍ ETAPA: SOCIÁLNÍ EVIDENCE

1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

V následující práci budou mou klientku nazývat jako paní Danu, jméno je pro zachování anonymity mé klientky smyšlené. Paní Dana se narodila v roce 1936, v domově pro seniory je již deset let. Do domova byla přestěhována ze zdravotních důvodů. Před samotným nástupem do domova byla v léčebně dlouhodobě nemocných.

Je již jedenáct let vdova. Dříve pracovala jako úřednice. Má dvě dcery, čtyři vnučky a dvě pravnučky. Obě dcery žijí v cizině a jezdí za matkou dvakrát do roka. Jedna vnučka žije v Praze a za paní Danou dochází občas s pravnučkou. S rodinou má paní Dana normální vztah. Tím, že dcery bydlí mimo republiku, jsou v kontaktu přes telefon.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTKOU

Když jsem s klientkou přišla poprvé do přímého kontaktu, byla v domově pro seniory již dva roky. S klientkou jsem přišla do kontaktu při jejím návratu z nemocnice, kam byla odvezena na čtrnáctidenní hospitalizaci kvůli problémům s polykáním. Klientka byla takto často hospitalizována, po každém jejím návratu se necítila po psychické stránce dobře a neměla o nic zájem. Lehce propadala pocitům beznaděje a neměla zájem se mnou komunikovat.

Důvod, proč jsem se o paní Danu měla na dočasnou dobu starat byl ten, abych ji pomohla k návratu k jejím oblíbeným aktivitám v domově před jejím nástupem do nemocnice.

Po konzultaci s ošetřujícím personálem o psychickém rozpoložení klientky jsem se dozvěděla, že tak prožívá každý návrat z nemocnice. Bylo mi doporučeno, abych svou návštěvu opakovala za několik dnů.

Po několika dnech jsem paní Danu navštívila znovu a již měla zájem se mnou komunikovat. Sdělila jsem jí důvod mé návštěvy a volně jsme přešly k vedenému

rozhovoru. Klientka neměla problém s komunikací, na vše si stěžovala, neměla problém cokoli říci, vše viděla pesimisticky bez možné změny, stěžovala si i na svou rodinu. Během rozhovoru byla dost upřímná.

2 DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Paní Dana je v domově pro seniory již deset let. Předtím, než ji začaly zdravotní problémy, kvůli kterým musela nastoupit do domova seniorů, žila s manželem v bytě. Manžel paní Dany pracoval jako asistent pro výtvarné umělce, ještě v důchodovém věku psal odborné články do časopisu o svém životě mezi umělci. Paní Dana pracovala jako úřednice. S manželem měli dvě dcery, které v současné době žijí v cizině. Od dcer má dvě vnučky, jedna z vnuček bydlí s manželem a jejich dcerou v Praze.

V 65 letech prodělala paní Dana z plného zdraví cévní mozkovou příhodu, která ji způsobila ochrnutí na levou část těla. Zpočátku byla úplně odkázána na pomoc druhých, ale za podpory manžela a rehabilitace se pomalu naučila chůzi o čtyřbodové holi a zvládala lehké všední denní činnosti. Hlavní péči o domácnost převzal manžel. Když bylo paní Daně 72 let, její manžel zemřel a její zdravotní stav se zhoršil. Byla hospitalizována na neurologickém oddělení pro stabilizaci stavu. Po skončení hospitalizace byla přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných, domů se již sama vrátit nemohla. Během pobytu v léčebně se její stav ustálil, ale již nebyla schopná samostatné chůze a byla částečně inkontinentní. Ke stávajícím zdravotním problémům se přidaly bolesti levého ramene a problémy s polykáním.

Z důvodu zhoršení zdravotního stavu a neschopnosti samostatné péče, byl paní Daně doporučen nástup do domova seniorů. To paní Dana odmítala, i když si sama svého stavu byla vědoma. Po konzultaci s dcerami a ošetřujícím lékařem byla zaslána žádost na nástup do domova seniorů.

2. 2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Paní Danu jsem neměla možnost poznávat od samotného začátku nástupu do domova. Osobní anamnézu jsem tedy sepisovala na základě informací získaných od klientky a z dostupné zdravotní a sociální dokumentace.

Při nástupu do nového domova byla klientka částečně imobilní, na krátké vzdálenosti, převážně po pokoji a na toaletu, používala čtyřbodovou hůl, na delší vzdálenosti jezdila na mechanickém invalidním vozíku. Klientka je inkontinentní, na noc používá pleny. Malou hygienu zvládá sama, při velké potřebuje pomoc.

Klientka slyší dobře, nosí brýle na čtení, je pravák, takže ji psaní nedělá problém. Větší problém má při oblékání, kdy potřebuje asistenci. Nejvíce si klientka stěžuje na bolesti levého ramene, částečnou imobilitu a neobratnost. Problémy s polykáním, kvůli kterým je často hospitalizovaná, ji způsobují špatný příjem potravy. Ale pokud dodržuje dietu a zásady při stravování, dá se vše zvládnout. S dodržováním správné stravy má klientka problém.

Tím, že se paní Daně všechny její zdravotní problémy staly náhle a z plného zdraví a od smrti manžela pobývá často v nemocnicích, neměla nastolený žádný svůj denní režim, vždy se přizpůsobila zařízení, ve kterém právě byla. Až zde v domově pro seniory si našla svůj denní režim, který ji pomáhá překonávat její časté splíny. Naučila si zde vždy ráno dát kávu s mlékem, kterou ji připraví pomocný personál, pak si čte romány, kolem oběda se za paní Danou většinou přijde podívat spolubydlící, se kterou do domova společně nastupovaly. Po obědě si odpočine a pak většinou jde na aktivitu, kterou v daný den domov nabízí. Tento denní režim jí teď narušily časté hospitalizace a paní Dana díky tomu propadá často depresivním stavům. Dobu jí pak trvá, než najde svůj rytmus.

I přesto, že si paní Dana našla v domově svůj denní řád, který je jí občas narušen hospitalizací, stále se tu necítí dobře, zlobí se na svět a považuje se, jak sama říká, za mrzáka. Je si vědoma, že sama v bytě by situaci nezvládala, ale podle jejích slov by to bylo lepší, kdyby tu možná už nebyla.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Po našem prvním rozhovoru jsem zjistila, že do domova seniorů paní Dana nechtěla. Od první hospitalizace na neurologii se do svého bytu už nevrátila. Čas trávila po nemocnicích a léčebných zařízeních. Z pohledu rodiny pro ni byl nástup do domova nejlepší řešení, ale paní Dana si v domově ani po deseti letech nezvykla. Myslím si, že v hloubi duše situaci chápe, ale nechce ji přijmout. Často mi povídala, že by pro ni bylo lepší, kdyby se z té mrtvice již neprobrala. Neuměla žít s pohybovým deficitem, trpěla tím, že jsou dcery tak daleko. Neměla problémy vyjádřit svůj nesouhlas s pomáhajícím personálem, byla kolísavá v náladách, často propadala depresím.

Tím, že byla v domově již delší dobu, měla vytvořené přátelské vazby s ostatními klienty. Na druhou stranu díky délce pobytu již o několik přátel přišla kvůli jejich úmrtí. I tato skutečnost se na chování paní Dany odrážela.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPEUTICKÝ PLÁN

3.1.1 Krátkodobý plán

Na základě získaných informací a dříve sestaveného individuálního plánu, jsem se snažila stanovit nové priority mezi zjištěnými potřebami, dojmy a přáními. Při sepisování priorit jsem se snažila co nejvíce využít současné vnitřní zdroje klientky, které se od posledního individuálního plánu změnilo. Klientka nebyla již tak mobilní, měla omezený pohybový rozsah v ramenních kloubech. Zamyslela jsem se nad tím, jak můžu klientce pomoci s uspokojováním jejich potřeb a jaké další aktivity ji může ještě poskytnout domov seniorů.

3.1.2 Dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu jsem se snažila rozplánovat aktivity, které by paní Dany zase mohli bavit a pravidelně by na ně docházela. Během přípravy dlouhodobého plánu jsem také komunikovala s psychiatrickou, která za panem Danou pravidelně docházela.

3. 2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Program, kterým jsem paní Daně chtěla pomoci k lepšímu návratu k jejímu dennímu režimu po hospitalizacích, jsem sestavila zejména na základě jejich vnitřních zdrojů. Chtěla jsem, aby si klientka sama uvědomila, co vše může ještě zvládnout a co nového se může i při svém pohybovém deficitu naučit. Z důvodu maximálního využití pohybového potenciálu klientky a snížení bolestí ramene, jsem do jejího denního programu zařadila rehabilitační cvičení. Jako každou novu aktivitu, i cvičení klientka odmítla. Po dvou aplikacích rehabilitačního cvičení klientka soudila, že ji tento druh cvičení dělá dobře. Zvláště pak, když byla terapie zaměřená na trénink chůze.

Další aktivitu, kterou jsem chtěla paní Danu vrátit zpět do jejího denního režimu, byla společenská hra BINGO, která se v domově nově hrála ve středu. Opět jsem se setkala s negací a zbytečností se této akce zúčastnit. Přesto jsem požádala pomáhající personál o odvoz paní Dany do salonku. První hru jsem s ostatními členy domova hrála také, abych zjistila, jak se paní Dana zapojí. Byla nadšená, zvláště když vyhrávala. Získané dárky si schovala pro své vnučky a pravnučku. Z tohoto gesta jsem u paní Dany měla obzvláště radost.

Poslední novou aktivitou, se kterou jsem měla u paní Dany trochu obavy, bylo sezení s psychoterapeutkou. V rámci odbornosti jsem celé sezení nechala pod vedením psychoterapeutky a já se terapie neúčastnila. Po první terapii se klientka cítila všelijak, sama neuměla říci, zda pro ni budou terapie přínosné či nikoli. Přesto se nebránila dalšímu sezení.

Po prvním měsíci takto nastaveného programu jsem se za klientkou opět zastavila a v rámci osobního rozhovoru jsem zjišťovala, zda dochází k uspokojování jejich potřeba a cítí se lépe. První reakce byla u paní Dany vždy rázná, ale po chvíli povídání mi odpovídala tak jak se opravu cítila. Zdálo se, že nastolená změna režimu paní Daně vyhovovala a opět našla denní rytmus a řád.

4 ČTVRTÁ ETAPA: ANALÝZA PROŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTKOU

Práce s paní Danou pro mě byla plná zkušeností. Klientku jsem neznala od samého začátku nástupu do domova seniorů, přesto jsem měla díky personálu možnost pozorovat její změny potřeb a přání od nástupu až do doby, kdy jsem k nim přišla. Díky sestavení individuálních plánů v minulosti jsem mohla posuzovat změny jejích potřeb, přání, cílů.

Paní Dana měla těžký životní příběh, následkem mozkové příhody, která přišla z plného zdraví, byla odkázána na pomoc manžela. Po smrti manžela trávila několik měsíců po léčebnách dlouhodobě nemocných a nakonec bez návratu do svého bytu nastoupila do domova seniorů, s čím se ani po deseti letech v domově nesmířila. U této klienty bylo velice důležité pravidelně kontrolovat realizace individuálního plánu. Po uplynutí určité doby bylo vždy potřeba zjistit, zda dochází k uspokojování přání a potřeb, zda se plní cíle, které si stanovila. Pokud by tomu tak nebylo, paní Dana by častěji propadala stavům, do kterých se dostávala vlivem častých hospitalizací.

1.3 PŘÍPADOVÁ STUDIE 3

1 PRVNÍ ETAPA SOCIÁLNÍ EVIDENCE

1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTOVI

Pro mou případovou studii jsem si vybrala klienta, se kterým jsem pracovala v rámci mé praxe jako sociální pracovník. Pro zachování anonymity je jméno klienta v následujícím textu smyšlené, klienta budu nazývat jako pana Jiřího.

Pan Jiří se narodil v roce 1933. Od narození má tělesné postižení, pravostrannou spastickou hemiparézu. Ve svých 60 letech se svou ženou rozvedl. Podle jeho slov „proč být s někým, když už tam není láska“. Po druhé se již neoženil, ale má dlouholetou přítelkyni. Do domova seniorů nastoupil z důvodu nesoběstačnosti ve všedních, denních činnostech.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTEM

Pan Jiří byl jeden z klientů, které jsem měla na starosti jako sociální pracovník. Do případové studie jsem ho vybrala, protože jeho životní příběh je ukázkou toho, že člověk dokáže vše, co si přeje a nástupem do domova seniorů život nekončí.

Při našem prvním setkání byl pan Jiří v domově pro seniory prvním rokem. Byl velice komunikativní a ochotný se mnou projít jeho celý dosavadní život v domově. Nástup do domova seniorů byl plánovaný na žádost samotného klienta. Pan Jiří žil sám ve velkém bytě, kam za ním každý den docházely jeho děti. S přibývajícím věkem si uvědomil, že už nemá dost sil na běžné denní činnosti a že je nutná pomoc druhé osoby. K dětem se nastěhovat nechtěl, i když mu to bylo od obou dětí nabídnuto. Život v domově pro seniory vzal jako součást stáří.

2 DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Pan Jiří žije v domově pro seniory prvním rokem. Před nástupem do domova seniorů žil sám ve velkém pražském bytě, třikrát týdně k němu docházela pečovatelka. V šedesáti letech se pan Jiří se svou ženou rozvedl. Ta se od něj později odstěhovala. Měli spolu dvě děti, dceru a syna. S bývalou manželkou udržovali dobré vztahy, měli společné přátele a občas se navštěvovali. Bývalá manželka zemřela před pěti lety.

Pan Jiří vystudoval vysokou právnickou školu. Právnické činnosti se ale nikdy přímo nevěnoval. Pro získání praxe byl jako pomocná síla v právnické kanceláři, kde se seznámil s dnes již dlouholetým kamarádem, který mu umožnil již v té době cestovat.

Kvůli svému tělesnému deficitu jezdil pan Jiří již od mládí do lázní a na různé ozdravné pobyty. V pozdějším věku se k jeho zdravotním problémům přidaly bolesti kyčelního kloubu a z toho důvodu začal chodit o vycházkové holi. To značně ovlivnilo jeho samostatnost a mobilitu. V roce 1995 byl na operaci kyčelního kloubu a na následné rehabilitaci. Po skončení hospitalizace se již nemohl plně sám o sebe starat, tak mu byla synem zajištěna pečovatelská služba. S přibývajícím věkem se

pan Jiří hůře pohyboval a nakonec byl schopen chůze jen o vysokém chodítku. Na základě této skutečnosti se pan Jiří sám rozhodl nastoupit do domova seniorů.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Při nástupu do domova seniorů byl pan Jiří částečně mobilní, zvládal samostatnou chůzi o vysokém chodítku, na krátké vzdálenosti zvládal chůzi o jedné vycházkové holi. Po pokoji chodil bez pomůcek s přidržováním o nábytek. Klient mívá bolesti operovaného kyčelního kloubu a tím, že chodí o vysokém chodítku, se tak přidávají bolesti ramenních kloubů. S ohledem na jeho celkový zdravotní stav vše zvládá velice dobře.

Pan Jiří si pokoj v domově vybavil stejně jako doma. Všude má spoustu knih, psací stůl, poznámkové bloky. Dominantou pokoje je velké křeslo, do kterého sedává a píše články do časopisu o svém cestování. Tím, že má pan Jiří stále co na práci, zapomíná na fakt, že ho něco bolí nebo že není tak pohyblivý jako dřív. Jeho denní režim se od nástupu do domova moc nezměnil. Den začíná kávou a sladkým pečivem, které mu je připraveno. Pak zasedá do svého křesla a píše své poznámky do dalších čísel časopisu, někdy si čte knihy o životech umělců. Další část dne tráví procházkami po domově a poznáváním nových lidí. Večer si rád sedne k televizi, někdy i se sklenkou vína a oddává se klidu večera.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Nástup do domova seniorů pan Jiří bral jako přirozený proces, který je součástí stáří. I když měl kolem sebe rodinu, která byla ochotná se o něj starat v jeho přirozeném prostředí, sám chtěl prožít stáří v domově pro seniory. Možná právě proto, že pan Jiří cítil velkou podporu v rodině, vše spojené se stářím bral jako přirozený proces života. Během našeho sezení jsem ani jednou nezaznamenala smutek, strach, pocit nepotřebnosti, negativní pohled na stáří. Naopak tak volně a s nadšením mluvil o svém životě, že jsem ho vždy ráda poslouchala a byl jeden z mála starých lidí, který mne vždy nabije energií a optimizmem. Z mého pohledu je obdivuhodné, že i přes svůj vrozený hendikep, si svůj život užil a stále užívá, i když v průběhu stáří se jeho zdravotní stav zhoršuje a ubývají mu síly.

Pan Jiří má mnoho životních zkušeností, spoustu příběhů ze života umělců a možná i proto je jeho vnitřní svět tak bohatý. Jeho pokoj je plný knih a autobiografií, které všechny četl a s nadšením své vědomosti předává dál. Není den, kdyby se za panem Jiřím nezastavili přátelé nebo rodina.

3 TŘETÍ ETAPA: NÁVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPEUTICKÝ PLÁN

3.1.1 krátkodobý plán

Během rozhovoru s klientem jsem se snažila získat co nejvíce informací o klientovi, abych byla schopná co nejlépe přizpůsobit plán jeho přáním a potřebám. Ze zjištěných potřeb a přání jsem se snažila vytyčit priority, tedy co je pro klienta to nejdůležitější. Při stanovení priorit jsem se snažila co nejvíce využít vnitřní zdroje klienta. Do krátkodobého plánu jsem také zařadila vnější zdroje, které nabízí domov seniorů.

3.1.2 dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu jsem rozvrhla aktivity, které nejlépe uspokojovaly potřeby a přání klienta a vytyčily jeho priority. V případě pana Jiřího jsem do dlouhodobého plánu zapojila i egoterapeutku, která měla v domově pro seniory na starosti vydávání měsíčního časopisu.

3.2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Po sestavení krátkodobého plánu jsem přešla k samotné realizaci. Do vnitřních zdrojů klienta jsem zařadila schopnost komunikace a navazování nových kontaktů, schopnost otevřeně mluvit o svých životních zkušenostech a poznáních a dále jeho velké znalosti z oblasti umění a literatury. Jedna z výhod pana Jiřího byla, že i přes jeho pohybový hendikep byl schopen samostatné chůze. Do zdrojů, které nabízí domov seniorů, jsem v první řadě zařadila klub čtení, klub vzpomínek a možnosti podílet se na vydávání měsíčního časopisu v domově. S panem Jiřím jsem probrala možnosti, které by mohl v domově využít, a zároveň jsem ho požádala, zda by byl ochoten psát své životní zkušenosti a poznatky ze života umělců nebo se

jiným způsobem podílet na vydávání místního časopisu. Z této nabídky měl paní Jiří asi největší radost.

Jednu z dalších aktivit, kterou jsem panu Jiřímu naplánovala, bylo každodenní ranní cvičení při hudbě, dále jsem klienta doporučila k rehabilitačnímu cvičení. Vzhledem k pohybovému deficitu klienta byly tyto aktivity důležité pro udržení jeho kondice.

Při realizaci krátkodobého plánu jsme začali ranním protažením, na které byl pan Jiří doprovázen ošetřujícím personálem. Po této aktivitě jsem pana Jiřího sama dovedla do salonku, kde probíhal klub čtení. Většinu klientů, kteří zde byli, pan Jiří znal, takže přirozeně zapadl do kolektivu. Náplní této aktivity bylo povídání o známé i neznámé literární tvorbě. Tato aktivita klienta moc bavila, dokonce po několika setkáních doporučil předčítání básní, které sám přednášel. Do druhého klubu, který pan Jiří začal navštěvovat, vždy přinesl zajímavé vyprávění, ale na druhou stranu také vždy se zájmem poslouchal příběhy ostatních klientů domova.

Poslední činností, kterou jsem za pomoci ergoterapeutky panu Jiřímu doporučila, byla účast na vydávání časopisu po domov seniorů. Stal se součástí skupiny, která se podílela na psaní článků v časopise, pan Jiří měl na starosti články o umělcích a literatuře. Každý měsíc psal životopis jiného umělce a následně i ukázkou z jeho tvorby.

Takto sestavený plán panu Jiřímu plně vyhovoval, využil svých vědomostí a zkušeností. Měl možnost předávat své poznatky a příběhy ostatním, stal se z něj i milý posluchač při pravidelných setkání klubu čtení. Péče byla i o jeho tělesnou schránku, kdy pravidelně chodil na ranní protažení a zároveň měl dvakrát týdně individuální rehabilitační cvičení.

4 ČTVRTÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ VEDENÍ

Pan Jiří byl od samého začátku komunikativní, přístupný k naplánovaným aktivitám ochotný vyzkoušet nové věci, které nabízí domov seniorů. Plánování a vedení sociálního plánu bylo bez problémů. Plán, který jsem mu doporučila a vzájemně jsme ho v prvních dnech realizovali, klientovi plně vyhovoval. Když jsem

po nějakém čase klienta navštívila, byl stále plný optimismu a plánoval, co bude psát do dalšího čísla místního časopisu. Dokonce se stal zástupcem patra v radě klientů, která zasedala každý měsíc.

Práce s panem Jiřím byla obohacující, ukázala mi, že nezáleží, kde jsme, ale jak umíme využít své schopnosti, aby nám bylo všude tak, jak si přejeme.

1.4 PŘÍPADOVÁ STUDIE 4

1. PRVNÍ ETAPA SOCIÁLNÍ EVIDENCE.

1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTOVI

V následujícím textu budu klienta nazývat jako pana Zdeňka. Toto jméno je pro zachování anonymity smyšlené. Pan Zdeněk se narodil v roce 1937 a je 5 let vdovec. Pracoval jako stavební inženýr se zaměřením na stavbu dolů. Do domova seniorů byl dán z důvodu částečně imobility a ztráty samostatnosti ve všedních denních činnostech. Rodina se o něj sama nedokázala postarat.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTEM

Klienta jsem měla na starosti jako sociální pracovník. Naše první setkání proběhlo v den jeho nástupu do domova seniorů. Pan Zdeněk byl doprovázen dcerou a vnukem, rodina se snažila dát klientovi co největší podporu. Klient se necítil dobře, byl smutný, nevrlý, na otázky ohledně nástupu odpovídal stroze a odpovědi nechával více na rodině. Vše, co jsem panu Zdeňkovi vysvětlovala ohledně řádu domova, mu připadalo složité a zbytečné. Při ukázce jeho pokoje neměl ani zájem se seznámit se spolubydlícím, se kterým mají společnou vstupní chodbu a sociální zařízení. Pokoj mu připadal velký a neútulný. Na sdělení, že si do svého pokoje může dát věci ze svého předchozího bytu, nějak nereagoval.

I když pan Zdeněk byl při nástupu do domova nekomunikativní a mírně nepříjemný, byl si vědom toho, že péči ošetřujícího personálu potřebuje a že sám v bytě by už nemohl zůstat.

2 DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Klient je 5 let vdovec. Před smrtí manželky spolu žili v malém bytě ve čtvrtém patře. Manželka pracovala jako dětská zdravotní sestra, ještě v důchodovém věku chodila jako výpomoc do mateřské školky. Pan Zdeněk vystudoval vysokou školu stavební se zaměřením na důlní stavby. Svému oboru se pan Zdeněk věnoval celý život, práce ho moc bavila. Díky své práci i hodně cestoval a dostal se i do zemí jako je Saudská Arábie.

Pan Zdeněk má dvě děti, dceru a syna. Od dcery má tři vnoučata a dvě pravnoučata. Od syna má dvě vnoučata a tři pravnoučata. Když panu Zdeňkovi zemřela manželka, přestěhoval se k dceři do rodinného domu, kde měl svůj pokoj.

Po smrti manželky se panu Zdeňkovi zhoršil zdravotní stav. Začal si stěžovat na bolesti pravého kyčelního kloubu, který ho již dříve bolel. Postupně se zhoršovala pohyblivost v ramenních kloubech. Z důvodu bolestí kyčelního kloubu byl indikován k náhradě kyčelního kloubu. Po operaci byl převezen do rehabilitačního zařízení, kde se snažili o co nejlepší rozpohybování operovaného kyčle. Veškerá léčba byla komplikována jednak vzniklými kontrakturami v oblasti kolenního kloubu z důvodu dlouhodobých bolestí a také z důvodu snížení pohyblivosti ramenních kloubů. Po skončení rehabilitační léčby byl pan Zdeněk schopen chůze o dvou francouzských holích, bolesti ramenních kloubů se díky chůzi o holích zhoršovaly. Rodina panu Zdeňkovi zařídila docházení pečovatelské služby. Postupem času byla u pana Zdeňka nutná pomoc i při hygieně a z důvodu špatné imobility byl částečně inkontinentní.

Pan Zdeněk začínal být více odkázán na pomoc druhé osoby, jeho samostatnost ve všedních denních činnostech byla minimální. Po uvědomění si této skutečnosti, se pan Zdeněk po konzultaci s ošetřujícím lékařem rozhodl nastoupit do domova seniorů.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Při nástupu do domova seniorů byl pan Zdeněk částečně imobilní, na krátké vzdálenosti zvládá chůzi o vysokém chodítku a delší vzdálenosti jezdí na mechanickém vozíku. Ve všedních denních činnostech potřebuje pomoc při oblékání

dolní části těla, přípravě jídla, velké hygieně. Přesun na mechanický vozík zvládá sám s lehkou pomocí.

Pan Zdeněk má časté bolesti obou ramenních kloubů, které mu znemožňují chůzi o vysokém chodítku na delší vzdálenosti. Dále má klient bolesti operovaného kloubu, které mu způsobují omezení hybnosti v kyčelním kloubu. Vlivem odlehčování pravého nohy při chůzi, dochází k přetěžování levé nohy a občas se dostaví bolesti levého kyčelního kloubu. K bolestem pohybového aparátu se přidaly interní onemocnění. Pro srdeční slabost je léčen na kardiologii, již 10 let má implantovaný kardiostimulátor.

Klient má nastavený svůj denní režim, který se částečně odvíjel od jeho zdravotního stavu. Když ještě bydlel u své dcery a byl více samostatný, každé ráno si udělal kávu a poslouchal válečné dokumenty. Po obědě, který mu většinou připravila dcera, si šel lehnout, odpoledne se snažil chodit za pomoci dcery. Večer si klient vždy rád četl válečné detektivky. Postupným zhoršováním pohyblivosti klienta mu dcera musela v mnoha věcech pomáhat.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Pan Zdeněk nástup do domova seniorů bral jako nutnost, i když se mu nechtělo do nového prostředí, věděl, že potřebuje pomoc ošetřujícího personálu. Největší obavy měl klient z toho, že si na nové prostředí bude těžce zvykat a že se mu naruší jeho denní rytmus. Neměl potřebu navazovat kontakt s ostatními obyvateli domova. Jeho představa o nástupu a bydlení v domově byla taková, že se o něj ošetřující personál bude starat a on sám nebude muset vůbec nic dělat.

Celkový dojem z klienta byl takový, že pan Zdeněk do domova seniorů nechtěl, ale věděl, že je to pro něj s ohledem na jeho zdravotní stav to nejlepší. Nástup prožíval negativně, měl obavy z adaptace a činností během dne. Nechtěl být se družít s ostatními členy domova, chtěl být jen ve svém pokoji, dokonce nechtěl chodit ani na jeho denní „procházky“.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPEUTICKÝ PLÁN

3.1.1 krátkodobý plán

Pomocí vedeného rozhovoru jsem získala potřebné informace k rozvržení krátkodobého plánu. Plán jsem rozvrhla tak, aby co nejvíce uspokojoval přání a potřeby klienta. Při sestavování socioterapeutického plánu jsem vycházela z vnitřních zdrojů klienta, aby se nejvíce využila jeho dostupná pohybová kapacita. Dále jsem vycházela z možností, které nabízí domov seniorů.

3.1.2 dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu jsem zařadila aktivity, které klient mohl pravidelně navštěvovat. Aktivity jsem rozvrhla tak, aby co nejvíce uspokojovaly přání a potřeby klienta.

3.2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Po stanovení krátkodobého plánu jsem přešla k jeho realizaci. Postupně jsem pana Zdeňka seznámila s možnými aktivitami, které domov seniorů nabízí. Donesla jsem mu časopis domova, ve kterém byl na každý měsíc napsán harmonogram akcí. Při seznamování s aktivitami domova jsem se zaměřila na činnosti, které by pana Zdeňka mohly nejvíce zajímat, např. ranní protahování, rehabilitační cvičení, kulturní akce s historickou tematikou a knihovnu, kterou mohou klienti navštěvovat kdykoli. Z počátku nebyl pan Zdeněk k aktivitám moc nakloněn, i přesto jsem mu ukázala tělocvičnu, kde probíhá ranní protahování a rovnou měl možnost si cvičení vyzkoušet. Cvičení se klientovi líbilo, dohodla jsem se s ošetřujícím personálem, že budou pana Zdeňka vozit na pravidelné ranní protahování. Postupem času začal klient na cvičení jezdit sám.

Dále jsem panu Zdeňkovi ukázala knihovnu, kterou mohl kdykoli navštívit a vybírat si z mnoha literárních žánrů.

V rámci rehabilitačního cvičení za klientem pravidelně docházela fyzioterapeutka, která s ním trénovala chůzi a snažila se o snížení bolesti operovaného kyčelního kloubu. Zároveň panu Zdeňkovi vysvětlovala, jak používat

kompenzační pomůcky. S touto pravidelnou aktivitou klient také souhlasil, dokonce si sám cvičil doporučené cviky od terapeutky.

Takto nastavený plán jsem po nějakém čase s panem Zdeňkem opět prošla, abych se ujistila, že dochází k uspokojování jeho přání a potřeb. Vše bylo nastavené tak, jak klientovi vyhovovalo, bez nutnosti nějakých změn. Dokonce se v rámci aktivit začleňoval do kolektivu a občas chodil do pondělní kavárny.

4 ANALÝZA PROŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTEM

Plánování socioterapeutického plánu u pana Zdeňka jsem se zpočátku obávala, nevěděla jsem, jak bude na jednotlivé aktivity reagovat a zda o ně bude mít zájem. Po prvním seznámení, kde byl pan Zdeňk negativní a o nic neměl zájem, jsem byla mile překvapena, jak se postupně zapojoval do všech aktivit, které jsem mu naplánovala. Dokonce jezdil na aktivity sám.

První negativní postoj pana Zdeňka na nástup do domova seniorů byl spíše reakcí na nové prostředí a strachu z adaptace. Na konci vše proběhlo plynule a klient je v domově pro seniory spokojený.

1.5 PŘÍPADOVÁ STUDIE 5

1 PRVNÍ ETAPA: SOCIÁLNÍ EVIDENCE

1.1 ZÁKLADNÍ INFORMACE O KLIENTCE

V následujícím textu je jméno klientky pro zachování anonymity smyšlené. Paní Zdeňka se narodila v roce 1946. Pracovala jako vychovatelka na učilišti a později jako ředitelka učiliště. Práce paní Zdeňku naplňovala a moc ráda na ni vzpomíná. Nástup do domova pro seniory byl plánovaný, ale z důvodu změny zdravotního stavu byl časnější. Paní Zdeňka přišla během jednoho roku kvůli komplikacím cukrovky o obě nohy.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTEM

První kontakt s klientkou byl po dvou měsících od jejího nástupu do domova. Naše první setkání probíhalo u klientky v pokoji. Paní Zdeňka se ve svém novém domově zabydlela bez problému, pokoj si vybavila podle svých potřeb, vše se snažila přizpůsobit svému zdravotnímu stavu a svým možnostem.

Paní Zdeňka byla komunikativní, otevřená do domova se těšila. Byla si vědoma, že se sama o sebe již nedokáže postarat. I přesto, že byla krátkou dobu po amputaci, s danou situací se dokázala vypořádat a bez problémů o svém zdravotním stavu uměla mluvit.

Setkání s paní Zdeňkou mě překvapilo, protože když jsem si četla její zdravotní dokumentaci, očekávala jsem, že přijdu za klientkou, která bude nešťastná, nekomunikativní, plně odkázaná na pomoc druhých. Po osobním setkání jsem zjistila, že paní Zdeňka je osoba plná energie, přátelská, samostatně pohyblivá na mechanickém vozíku. Ráda posedí s přáteli, kteří za ní chodí každý týden. Ráda si zajede na zahradu, kde si dá kávu s cigaretou a je spokojená.

2 DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Klientka je v domově pro seniory druhý měsíc. Před nástupem do domova seniorů žila sama v bytě. Rodinu neměla. Vystudovala pedagogickou školu, svému oboru se věnovala celý život. Nejprve pracovala jako vychovatelka v domově mládeže. Později nastoupila jako vychovatelka na odborné učiliště, kde se vypracovala na pozici ředitelky školy. Práce paní Zdeňku moc bavila a věnovala jí spoustu času i ze svého volna. Často jezdila se svými žáky na stáže, pro studenty organizovala mimoškolní aktivity. Podle vyprávění byla paní Zdeňka mezi studenty oblíbená.

Klientka měla manžela, se kterým se rozvedla, když jí bylo čtyřicet let. Děti neměla, a i když byla paní Zdeňka upovídaná, na téma rodina se bavit nechtěla. Toto přání jsem respektovala. Paní Zdeňka měla spoustu přátel, se kterými se pravidelně navštěvovala. Také měla skupinu přátel, se kterými každý rok cestovala do zahraničí.

Kolem padesáti let paní Zdeňce lékaři diagnostikovali cukrovku, která se léčila pouze dietou. S přibývajícím věkem se přidávaly nemoci kardiovaskulárního systému. Paní Zdeňka byla silný kuřák, což mělo za následek srdeční infarkt. Po prodělání infarktu měla paní Zdeňka trvalé následky, jako byla dušnost a srdeční arytmie.

V květnu roku 2014 se paní Zdeňce cukrovka zhoršila a musela být hospitalizována. Během její hospitalizace byla zjištěna cévní neprůchodnost a byla jí provedena vysoká amputace pravé nohy. Po amputaci byla klientka nějaký čas v nemocnici, probíhala u ní rehabilitace a byla jí vyráběna protéza. Po skončení hospitalizace byla rovnou z nemocnice převezena do rehabilitačního zařízení, kde se učila chůzi o protéze. Téhož roku byla paní Zdeňka odvezena z rehabilitačního zařízení zpět do nemocnice z důvodu bolesti levé nohy. Byla jí opět zjištěna cévní neprůchodnost a musela jí být amputována levá noha. Než se zdravotní stav klientky stabilizoval, byla v nemocnici na chirurgickém oddělení. Po zlepšení byla klientka hospitalizovaná v léčebně dlouhodobě nemocných. Zde se učila jízdu na mechanickém vozíku a co nejvíce možné samostatnosti. Po ukončení léčby nebylo možné, aby byla paní Zdeňka sama v bytě, tak rovnou nastoupila do domova seniorů, kde již dříve zažádala o pobyt, ale kvůli jejímu zdravotnímu stavu se nástup do domova seniorů urychlil.

Do svého bytu se paní Zdeňka již od své první hospitalizace nevrátila, pouze pro potřebné věci. Zbytek věcí jí do domova postupně přiváží její kamarádka, které také svěčila byt k osobnímu užívání.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Při nástupu do domova seniorů byla paní Zdeňka mobilní na mechanickém vozíku. Přesuny na vozík z postele zvládala samostatně, měla problém s přesunem na toaletu, z toho důvodu nosila pleny. Jízdu na vozíku zvládala samostatně, problém jí dělá vysoký práh. Občas měla bolesti ramenních kloubů. Bolesti byly zejména při přesunu z vozíku na postel a zpět. Kardiovaskulární problémy, se kterými se léčila již dlouhou dobu, byly léčeny medikací, léky si byla paní Zdeňka schopná brát sama. Pravidelně jezdila na kontroly na kardiologii.

Klientka je až na její pohybový hendikep zvyklá a na problémy s toaletou plně samostatná. Snaží se mnoho věcí zvládnout sama. Sama si dokonce vynalézá pomůcky, které jí usnadňují přesuny. Její velkou motivací je po několika letech vytvořená závislost na nikotinu, která se i přes zákaz lékařů nevzdá. Na druhou stranu se díky této závislosti naučila sama přesuny na vozík a mobilitu na vozíku.

Předtím, než paní Zdeňka trávila většinu času v nemocničním zařízení, měla svůj navyknutý denní režim. Každé ráno si uvařila kávu, dala si sladké pečivo, v klidu si sedla na balkón a zapálila cigaretu. Během dopoledne dělala drobné domácí práce a na oběd většinou chodila ke kamarádce. Po obědě si povídaly a plánovaly společné výlety. Zbytek odpoledne, pokud neměla domluvená setkání s přáteli, trávila sledováním dokumentárních pořadů. Na večer někdy chodívala s přítelkyní na procházku se psem. Jednou za měsíc měla setkání se spolupracovníky z práce, někdy se k nim přidali i bývalí studenti. Podle paní Zdeňky to byla vždy příjemná setkání a ráda na ně vzpomíná.

V posledních letech byla paní Zdeňka více v nemocnicích než doma. To také ovlivnilo její denní režim. Musela se přizpůsobit danému zařízení. Zásadní zlom přišel, když jí byly v jednom roce amputovány obě končetiny. Tento fakt způsobil to, že se již naplno nemohla vrátit do svého bytu a z nemocnice přišla rovnou do domova seniorů.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Nástup do domova seniorů brala paní Zdeňka jako nejlepší řešení. Byla si vědoma, že doma by vše sama nezvládala. I když měla mnoho přátele, kteří byli ochotni jí se vším pomoci, jejich pomoc odmítala. Pro paní Zdeňku bylo příjemnější, když se o ni staral ošetřující personál, než její přátelé. Klientka se bez problémů v domově adaptovala, hned navázala kontakt s ošetřujícím personálem, aby jim sdělila své zvyklosti. S klientkou, se kterou sdílela společné prostory, neměla problém. Do svého pokoje v domově si nechala přivést věci, které jí pomohly pokoj zútulnit. Dokonce si nechala na míru udělat skříně, aby měla vše při ruce a bez problémů se mohla po pokoji pohybovat i na vozíku.

Můj celkový dojem z klientky byl příjemný, byla komunikativní, otevřená mluvit o svém životě, i na svůj hendikep byla energická, uměla si říct o vše, co

potřebovala k pohodnému životu v domově. Plně ji vyhovovala ošetřující péče, kterou domov nabízí, jediného čeho se obávala, byl přesun na záchod a mobilita po domově.

3. TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPEUTICKÝ PLÁN

3.1.1 krátkodobý plán

Na základě informací, které jsem získala od paní Zdeňky, jsem nejdříve sestavila krátkodobý individuální plán. Potřebné informace, se kterými jsem pracovala, jsem získala vedeným rozhovorem s klientkou. Paní Zdeňka byla komunikativní, nedělalo mi tedy problém sepsat přání a potřeby, které by jí život v domově mohly ještě více zpříjemnit. Mezi zjištěnými potřebami jsem se snažila vytyčit priority, tedy co je v současné době pro klientku nejdůležitější. Při sestavování priorit jsem se co nejvíce snažila využít vnitřní zdroje klientky a dále využít zdroje, které nabízí domov seniorů.

3.1.2 dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu jsem rozplánovala aktivity, které klientce nejvíce vyhovovaly a zároveň uspokojovaly její přání a potřeby. Při tomto plánování jsem vycházela z krátkodobého plánu, kde se již klientka s aktivitami setkala a mohla jsem tedy zjistit, které jí nejvíce vyhovují. Využití možností, které domov nabízí, bylo nedílnou součástí plánování.

3.2 KONEČNÝ STRUKTUROVÁNÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Při realizaci krátkodobého plánu jsem klientku seznámila s aktivitami, které domov nabízí. Tyto aktivity jsem rozdělila na aktivní a pasivní. Do pasivních aktivit jsem zařadila kulturní akce, které domov nabízí každou středu. Pondělní kavárnu, kde se podávaly zákusky i pro diabetiky. Většina těchto aktivit se odehrává v salóнку v přízemí. Pokud se jedná o sezónní akce, odehrávají se venku na zahradě. Do aktivních činností jsem pro paní Zdeňku zařadila keramickou dílnu, herní klub, ranní protažení, rehabilitační cvičení a ergoterapie. Se všemi činnostmi klientka souhlasila, jen měla obavy ohledně mobility po domově. Ten problém jsem již řešila s ergoterapeutkou, která si následující dny vzala klientku na terapii. Během

ergoterapie se paní Zdeňka seznámila se všemi možnými bariérami a zároveň se naučila je překonávat. Po několika terapiích, které probíhaly i v terénu na zahradě, zvládala klientka zcela sama pohyb po domově i v terénu. Do ergoterapie jsem také zahrнула trénink přesunu na toaletu. Trénink této činnosti byl pro klientku hodně náročný, i přes její velkou snahu, se během terapií samostatný přesun nedařil. Velký podíl na tom měly bolesti ramene, malý prostor a špatná manipulace s vozíkem.

V rámci ergoterapie paní Zdeňka poznala celý domov a mohla se sama účastnit všech aktivit, které jsme společně naplánovaly. Z aktivních činností se paní Zdeňce nejvíce líbila keramická dílna a herní klub. Na tyto aktivity docházela klientka pravidelně. Domov seniorů nabízel nově také aktivity s názvem „práce s dětmi“. Náplní této aktivity bylo pravidelné docházení dětí ze školky do domova seniorů. Děti v rámci ručních prací spolupracovaly se seniory. Tato činnost se stala pro klientku velice oblíbenou, i když sama děti nikdy neměla, práce s nimi jí celý život bavila.

Další aktivní činnost, kterou si klientka oblíbila, bylo rehabilitační cvičení. Zde se fyzioterapeutka z počátku zaměřila na snížení bolesti ramenních kloubů. Další část terapie byla věnována udržení svalové síly trupu, horních končetin a korekce sedu na vozíku. Fyzioterapie byla rozplánována na dobu dvou měsíců, přičemž po skončení se s určitým časovým odstupem mohlo znovu pokračovat. Během terapií došlo u paní Zdeňky k výraznému snížení bolestí ramenních kloubů. Tyto změny klientka pociťovala převážně u přesunů. Po skončení rehabilitačního cvičení se znovu v rámci ergoterapie zkušel trénink přesunu na toaletu, ale bez efektu. V této oblasti tedy klientka potřebuje stále pomoc druhé osoby.

Do dlouhodobého plánu jsem pak paní Zdeňce zařadila pravidelné rehabilitační cvičení, návštěvy keramické dílny a kulturní akce domova.

4 ANALÝZA PROŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTKOU

Od samého začátku byla práce s paní Zdeňkou příjemná a bez problémů z její strany. K činnostem, které jsem klientce navrhla v rámci individuálního plánu, přistupovala aktivně, postupně si i sama vyhledávala nové a činnosti. Bez problému komunikovala s ošetřujícím personálem a s ostatním pomáhajícím personálem.

Dokonce si vytvořila skupinu klientů, se kterými v rámci společenských her trénovala paměť.

Myslím si, že paní Zdeňka je velice houževnatá žena. I přes svůj tělesný hendikep se dokáže bez problému zapojit do všech aktivit, pobyt v domově bere jako součást jejího života. Po celou dobu práce s paní Zdeňkou jsem neslyšela, že by si na něco stěžovala nebo že by propadala smutku. Naopak byla vždy plná energie a optimismu. Myslím si, že na postoji paní Zdeňky k domovu hraje velkou roli její život, který si, jak ona sama říká, užila na plno.

1.6 PŘÍPADOVÁ STUDIE 6

1 PRVNÍ ETAPA: SOCIÁLNÍ EVIDENCE

1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTOVI

Klientku v následujícím textu bud klientku nazývat jako paní Marii. Toto jméno je v zájmu anonymity smyšlené. Paní Marii se je 76 let, v roce 2015 po dlouhodobé nemoci manžela ovdověla. Pracovala jako administrativní pracovnice. Do domova seniorů nastoupila po dvou měsících od smrti svého manžela, tedy v květnu roku 2015. Po smrti manžela se paní Marii zhoršil zdravotní stav a již se sama o sebe nedokázala postarat.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTKOU

První setkání s klientkou proběhlo den při jejím přijetí do domova seniorů, kdy jsem ji přivítala a seznamovala s provozem domova. Klientka byla doprovázena synem a jeho ženou. Paní Marie na mě působila smutně, úzkostně a rozrušeně. Neměla zájem o seznámení s domovem, vše ji připadalo moc složité. Obávala se, že se v domově nikdy nevyzná. Její nový pokoj ji připadal velký a neútulný. Jako pozitivum jsem brala vřelé seznámení se spolubydlící, se kterou měla společnou vstupní chodbu a sociální prostory.

I když byly první dny pro paní Marii těžké a plné obav, sama věděla, že doma by spoustu věcí nezvládala a nechtěla být závislá na rodině. Rodina byla paní Marii velkou oporou, syn si chtěl maminku nechat u sebe, ale klientka nechtěla.

2 DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Klientka ovdověla před několika měsíci, s touto skutečností se stále těžko vyrovnává. Před smrtí manžela spolu žili ve společné domácnosti ve větším bytě. Manžel byl dlouhodobě nemocný a paní Marie se o něj až do jeho smrti starala. V posledních letech byl manžel závislý na pomoci druhých a paní Marie se snažila manželovi co nejvíce pomoci sama. To možná také z části zapříčinilo její následné zdravotní problémy.

Před nástupem do důchodu pracovala paní Marie jako administrativní pracovnice v jedné pražské nemocnici. Manžel dlouhá léta pracoval jako vědecký pracovník, často cestoval mimo českou republiku a paní Marie někdy jezdila s ním. Klientka má dva syny a od každého syna má dvě vnoučata. Vztah s rodinou má dobrý. Před nástupem do domova seniorů nějaký čas u jednoho ze synů bydlela.

Paní Marie se již dlouhá léta léčí s bolestmi kyčelních kloubů a s vysokým krevním tlakem. Po smrti manžela se zdravotní stav klientky zhoršil, pro závratě a dušnost musela být hospitalizovaná v nemocnici. V nemocnici byla na pozorování tři týdny, pak byla propuštěna domů a byla jí doporučena pečovatelská služba. Tu rodina paní Marie odmítla a vzala si klientku domů. V průběhu bydlení u syna se zařizoval klientce domov pro seniory, protože klientka potřebovala stálý zdravotní dohled. Mohla zůstat u syna a jeho rodiny, klienta to však odmítla. Věděla, že se o ni syn rád postará, ale chtěla mít svůj klid. Nástupu do domova seniorů se nebránila, i když měla zpočátku obavy.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Při nástupu do domova seniorů je paní Marie mobilní, chůzi zvládá o dvou berlích. Po pokoji může chodit o jedné vycházkové holi. Sama zvládá drobné všední denní činnosti, při velké hygieně potřebuje pomoc. Z důvodu staré zlomeniny zápěstí má lehké problémy s jemnou motorikou. Klientce dělá problém namazat si chleba

nebo zapnout malé knoflíky. Dále potřebuje pomoci při braní léků, které musí od hospitalizace brát pravidelně.

Paní Marie často mívá bolesti kyčelních kloubů, ale z důvodu jejího zdravotního stavu není vhodná operace náhrady kyčelního kloubu. Klientka je pravák, dobře slyší, nosí brýle na čtení.

Klientka je zvyklá brzy ráno vstávat udělat si ranní čaj a nasnídat se. Po snídani se většinou kouká na dokumentární filmy nebo si čte knížky. Ráda čte dobrodružné romány nebo autobiografie. Po obědě byla zvyklá si jít na chvíli lehnout, občas za paní Marií přišla kamarádka, se kterou se znají již několik let. Po nástupu do domova seniorů měla klientka obavy z toho, jak bude trávit volný čas.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Paní Marie byla s nástupem do domova seniorů smířená, po smrti manžela nechtěla v bytě zůstat sama a také z přibývajícími zdravotními problémy potřebovala ošetřovatelskou péči. U syna už zůstat nechtěla, potřebovala mít svůj klid. Z počátku měla strach, jak bude v domově trávit volný čas a zda si na nové prostředí zvykne. S adaptací na nové prostředí jí hodně pomohla rodina. Do nového pokoje ji přivezla pár věcí, které měla ve svém starém bytě, snažila se jí pokoj co nejvíce zútulnit. Syn za klientkou jezdil několikrát za týden, z počátku si i matku bral na víkendy domů.

Při vedeném rozhovoru na mě klientka působila klidně, ale smutně. Nedělalo ji problémy odpovídat na mé otázky a vyprávět o svém životě. Během našeho rozhovoru jsem získala dostatek informací k sestavení anamnézy. Nejtěžší chvíle pro ni byly, když se starala o svého manžela. V to období měla paní Marie již sama zdravotní problémy, ale věděla, že manžel tu již dlouho nebude a chtěla být mu na blízku co nejvíce. Proto se také její zdravotní problémy po smrti manžela zhoršily, neměla se již o koho starat a najednou měla pocit, že ztratila smysl života. K získání energie na uzdravení jí hodně pomohl syn a podpora od celé rodiny. O své rodině mluvila paní Marie vždy s nadšením.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPUTICKÝ PLÁN

3.1.1 krátkodobý plán

Pomocí vedeného rozhovoru jsem se snažila získat co nejvíce informací o přáních a potřebách klientky. Na základě získaných informací jsme sestavila krátkodobý plán, který nejlépe vystihl priority klientky. Při plánování jsem vycházela z koníčků a zájmů, které měla klientka před nástupem do domova. Snažila jsem se maximálně využít vnitřní zdroje klientky, abych zachovávala co nejvíce její pohyblivost a zájem o poznávání nových věcí. Do krátkodobého plánu jsem také zařadila možnosti, které klientce nabízí domov seniorů.

3.1.2 dlouhodobý plán

Při sestavování dlouhodobého plánu jsem vycházela z aktivit, které klientku v rámci krátkodobého plánu bavilo navštěvovat a uspokojovaly její potřeby pro život v domově pro seniory. Dále jsem do plánu zahrнула pravidelné kulturní akce domova.

3.2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Před sestavováním krátkodobého plánu jsem klientku seznámila se zdroji, které nabízí domov. Ukázala jsem paní Marii časopis, ve kterém jsou napsané akce na celý měsíc. Popsala jsem klientce, kde se jaká aktivita provozuje. Pokud nevěděla, co některé činnosti znamenají, snažila jsem se jí vše podrobně vysvětlit, aby sestavování plánu co nejvíce uspokojilo přání klientky. S nabídkou domova byla klientka moc spokojená a těšila se, že navštíví dané aktivity.

Po seznámení s nabídkou domova jsem přešla k samotné realizaci plánu. Jednu z hlavních aktivit, které jsem klientce doporučila, bylo pohybové cvičení a individuální rehabilitace. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientky jsem rehabilitační cvičení považovala za nutné. Kontaktovala jsem fyzioterapeutku, zda by mohla paní Marii předepsat individuální léčebný tělocvik. S rozplánováním rehabilitace paní Marie souhlasila. Následující týden klientka začala s individuálním tělocvikem. Na první rehabilitaci terapeutka klientku doprovodila, na další terapie paní Marie docházela již sama. V rámci pohybových aktivit jsem paní Marii doporučila ranní

protahování a novou aktivitu domova – cvičení při hudbě. Tyto aktivity klientka párkrát navštívila, ale moc paní Marii nevyhovovaly.

Mezi klientčiny zájmy patřila četba. Na tomto základě jsem klientce tedy doporučila klub čtení. Tato aktivita byla jednou týdně a klienti se zde bavili o přečtených knihách, někdy byl pouštěn autobiografický film o známém autorovi. Zpočátku se tato aktivita paní Marii moc nezamlouvala, po nějaké době se seznámila s jednou z klientek a začaly chodit do klubu čtení. Pro paní Marii to bylo zvláště potřebné, protože docházením na tuto aktivitu trénovala chůzi.

Jednou měsíčně do domova dochází mateřská škola. Děti společně se seniory vytváří různé předměty. Cílem této činnosti byla integrace seniorů a zároveň edukace dětí k přístupu k seniorům. Paní Marii jsem na tuto činnost doporučila. Věděla jsem, že má děti ráda a když ještě byla u syna, ráda trávila čas s pravnoučaty. Klientka byla z této aktivity nadšená a docházení na práci s dětmi u paní Marie bylo pravidelné. Další aktivitu, kterou jsem klientce doporučila, byly pravidelné kulturní akce domova. Tyto akce se většinou odehrávaly ve středu, nejčastěji to byly taneční nebo pěvecké vystoupení. Díky měsíčnímu harmonogramu mohla klientka sama sledovat kulturní akce a rozhodnout se, na kterou půjde.

Všechny představené aktivity se klientce líbily a na většinu pravidelně dochází. Sama si sestavila program, který jí vyhovuje, splňuje její potřeby a přání. Tím, že domov seniorů nabízí činnosti aktivní i pasivní a paní Marie je mobilní, vše jí plně vyhovuje.

4 ANALÝZA PROŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTEM

S každým klientem, se kterým jsem v rámci případové studie pracovala, byl pro mě zajímavý a pokaždé jsem měla možnost nahlédnout do jeho života. Práce s paní Marii byla z počátku těžší, protože jsem se obávala smutku, který klientka prožívala ze ztráty manžela. Nakonec díky komunikativnosti klientky a jejímu kladnému přístupu k nástupu do domova seniorů, bylo plánování a realizace individuálního plánu bez problému. Klientka kladně přistupovala k navrženým aktivitám. V relativně krátké době se v domově seniorů zorientovala a na všechny aktivity docházela sama.

Myslím si, že kladný vztah klientky k nástupu do domova, napomohlo k její relativně rychlé orientaci v domově, k jejímu pozitivnímu přístupu k aktivitám a akcím v domově. Denní režim, který si paní Marie sama rozplánovala, jí pomohl i lépe se vypořádat se smrtí manžela.

1.7 PŘÍPADOVÁ STUDIE 7

1. PRVNÍ ETAPA SOCIÁLNÍ EVIDENCE (KVÍZ)

1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIETOVI

Klient, kterého jsem si vybrala pro mou případovou studii, se jmenuje pan Petr. Toto jméno je pro zachování anonymity klienta smyšlené. Panu Petrovi je 81 let, je již 10 let vdovec. Před nástupem do důchodu pracoval jako profesor na jedné z pražských vysokých škol. Práce pana Petra moc bavila a ještě v důchodu občas na univerzitu docházel jako výpomoc. Manželka pana Petra pracovala také na univerzitě, ze zdravotních důvodů odešla předčasně do důchodu, před její smrtí se o ní manžel několik let staral. Po smrti manželky žil pan Petr několik let sám, ve vyšším věku požádal o nástup do domova seniorů.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTEM

S panem Petrem jsem se potkala při sestavování nového individuálního plánu. Klient byl v domově pro seniory pátým rokem. Pan Petr byl ve všech věcech plně samostatný, často chodil do města na nákupy nebo se jen procházel. Nástup do domova byl u pana Petra plánovaný, po smrti manželky žil sám v bytě. Byt byl na klienta moc velký, tak ho prodal a přestěhoval se do domova seniorů. Během našeho prvního kontaktu na mě pan Petr působil spokojeně, příjemně, komunikativně.

2. DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Klient je již deset let vdovec. Před deseti lety žil se svou manželkou v bytě. Manželka pana Petra byla dlouhodobě nemocná a pan Petr se o ni staral. Když se zdravotní stav manželky zhoršil a pan Petr s přibývajícím věkem neměl dost sil,

chodila na výpomoc pečovatelská služba. Poslední měsíc života byla manželka pana Petra přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných, pan Petr za ní každý den chodil.

Před nástupem pan Petr pracoval jako profesor na pražské univerzitě, tato práce ho moc bavila. V důchodu docházel na univerzitu jako výpomoc. S přibývajícími zdravotními problémy manželky přestal na univerzitu chodit. Pan Petr měl hodně koníčků, s přáteli jezdil na turistické výlety, pravidelně chodil plavat. Z práce měl hodně přátel, se kterými se schází dodnes. Děti pan Petr s manželkou neměl. Z rodiny se jednou za čas scházel s bratrem a jeho manželkou.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Pan Petr dlouhodobě trpěl na bolesti pravého kyčelního kloubu, v roce 2001 byl na operaci náhradního kyčelního kloubu. Po hospitalizaci trávil čas rekonvalescence v lázních, po dobu léčby se o manželku starala domácí pečovatelka. Po návratu z lázní se o manželku už pan Petr nemohl sám starat, začala tedy pravidelně docházet pečovatelská služba. O rok později se zhoršila hybnost levého kyčelního kloubu a pan Petr musel na operaci i s druhým kyčelním kloubem. Rekonvalescence po druhé operaci trvala déle a pan Petr musel manželku dát do léčebny dlouhodobě nemocných. Po návratu klienta z lázní se manželka ze zdravotních důvodů již nemohla vrátit do domácí péče. Pan Petr za manželkou chodil až do její smrti.

Po úmrtí manželky se rozhodl byt prodat a nastoupit do domova seniorů. Tak to i se ženou plánovali. Chtěli ve stáří byt prodat a nastěhovat se společně do domova seniorů, bohužel život tomu tak nechtěl a pan Petr do domova nastoupil sám. S manželkou měli hezký vztah, klient mluvil o své ženě moc hezky. Stále má na manželku milé vzpomínky a rád o nich vyprávěl.

Podle jeho slov byl zpočátku nástup do domova seniorů těžký, převážně z toho důvodu, že si přál strávit stáří se svou ženou. K překonání tohoto období mu hodně pomohli přátelé, kteří za ním dodnes chodí. Další věc, která panu Petrovi pomohla v adaptaci na nové prostředí, byl příjemný přístup personálu a možnosti trávení volného času, které domov seniorů nabízí.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Pro pana Petra byl nástup do domova seniorů již delší dobu plánovaný, ale i přesto pro něj byli první týdny náročné. Za pomoci přátel si do nového bydlení přinesl co nejvíce věcí, které mu připomínaly život s manželkou a jejich starý byt.

Tím, že byl pan Petr pohyblivý a samostatný ve všedních denních věcech, nepotřeboval péči ošetrovatelského personálu. Většinu věcí, co potřeboval, si obstaral sám. Chodil si pravidelně nakupovat, občas zašel na posezení s přáteli. Život v domově pro seniory byl pro pana Petra dostačující.

Při nástupu do domova byl u pana Petra vytvořen individuální plán, který s ohledem na jeho mobility nebyl dostačující. Cílem mé práce s tímto klientem bylo vytvořit takový plán, který plně uspokojoval potřeby klienta.

3. TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPEUTCKÝ PLÁN

3.1.1 krátkodobý plán

Na základě vedeného rozhovoru jsem zjistila potřeby a přání, které by panu Petrovi zpříjemnily pobyt v domově seniorů. Jednou z hlavních potřeb klienta byly pohybové aktivity, které provozoval před nástupem do domova. Tím, že byl klient plně pohyblivý a samostatný, mohla jsem do plánu zahrnout i aktivity mimo domov.

3.1.2 dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu jsem rozplánovala aktivity, které by mohl pan Petr pravidelně navštěvovat. Převážně jsem zahrнула pohybové aktivity, které může klient navštěvovat samostatně mimo domov. Dále jsem rozplánovala kulturní akce, které se konají v domově a jsou pro klienta zajímavé.

3.2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Při samotné realizaci krátkodobého plánu jsem vycházela ze zájmů pana Petra a to byl zejména jeho kladný vztah k pohybu. Z osobního rozhovoru s klientem jsem zjistila, že dříve chodil pravidelně plavat. Zjistila jsem nejbližší plavecký bazén v okolí domova. Po domluvě s klientem jsem doporučila plavecký bazén v okolí.

Další pohybovou aktivitou, kterou jsem klientovi doporučila, bylo skupinové cvičení v domově, které bylo určeno pro více zdatné klienty. Pro stálé udržení fyzické kondice, jsem pana Petra doporučila na rehabilitační cvičení. Další aktivity, které se mi po rozhovoru s klientem zdály vhodné, byly kulturní akce se zaměřením na dokumenty o přírodě. Vhodnou činností pro pana Petra byla také pondělní kavárna, kam již občas chodil s přáteli, kteří ho navštěvovali.

Vzhledem ke vzdělání pana Petra jsem mu řekla o možnosti podílet se na vydávání místního časopisu. Tato možnost připadla klientovi zajímavá. Následující týden jsem seznámila pana Petra s ergoterapeutkami, které mají časopis na starosti. Spolupráci na vydávání časopisu jsem pak nechala v jejich režii.

Od operace kyčelních kloubů jezdí pan Petr pravidelně do lázní. Pomohla jsem mu tedy zařídit potřebnou dokumentaci k tomu, aby mohl opět jezdit. Kontaktovala jsem rehabilitačního lékaře, který měl na starosti klienty domova, zda by mohl dát návrh na nástup do lázeňského zařízení. V průběhu zařizování žádosti docházel pan Petr na rehabilitační cvičení v domově, pravidelně jezdil plavat a občas chodil na skupinové cvičení pro seniory v domově.

4 ANALÝZA PROŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTEM

Práce s panem Petrem byla příjemná. Je to člověk, který je i ve svém věku plný energie a má stále potřebu se vzdělávat. Pan Petr má bohatý osobní život, umí aktivně využít možnosti, které mu jsou nejen domovem nabízeny. I přes těžké chvíle, které musel prožít při péči o manželku, se snaží být v dobré fyzické a psychické kondici.

Myslím si, že klientův nástup a pobyt v domově seniorů je lehčí díky jeho aktivnímu stáří. Pan Petr si stále umí vyplnit volný čas, umí vzpomínat na hezké chvíle v životě a to mu dodává energii. Také díky přátelům, které ho stále navštěvují, pro něj život nástupem do domova seniorů nekončí.

1.8 PŘÍPADOVÁ STUDIE 8

1 PRVNÍ ETAPA SOCIÁLNÍ EVIDENCE (VACÍKOVÁ)

1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Klientku, kterou jsem si vybrala pro mou případovou studii, budu nazývat jako paní Marii, jméno je pro zachování anonymity smyšlené. Paní Marie je v domově již třetím rokem. Do domova seniorů přišla, když jí bylo 78 let. V domově žije společně s manželem, manželé jsou svoji osmnáct let. Paní Marie je od svých 60 let na invalidním vozíku. Je částečně závislá na pomoci druhé osoby, v mnoha věcech ji dokáže pomoci manžel. Návrh do domova seniorů dali s manželem, když se paní Marii zhoršila mobilita. Nějaký čas čekali, než se uvolní pokoj, kde by mohli být spolu.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTKOU

Paní Marii jsem dostala na starosti z důvodu reorganizace jejího socioterapeutického plánu. Náš první kontakt proběhl, když byla klientka v domově druhým rokem, při změně individuálního plánu. Změna plánu byla doporučena z důvodu zhoršení mobility klientky. Paní Marie dosud navštěvovala pouze pasivní aktivity domova, většinu času trávila s manželem na pokoji.

Klientka mi sdělila, že do domova seniorů nechtěla, ale její zdravotní stav jí nedával jinou možnost. Manžel paní Marie má zdravotní problémy přiměřené jeho věku, ale byl plně samostatný bez pohybového deficitu. Dříve pracoval jako inženýr elektrotechniky. Ve svém volnu psal odborné články do časopisu zaměřeného na elektrotechniku. Vždy své články dával číst své ženě, která mu vždy ochotně dávala zpětnou vazbu.

2 DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Paní Marie žije třetím rokem se svým manželem v domově seniorů. Před nástupem do domova žili s manželem v bytě, byt byl umístěn ve třetím patře panelového domu. Byt byl bariérový s výtahem. S přibývajícím věkem bylo pro paní

Marii náročnější překonávání bariér. Žádost na bezbariérové bydlení nepodali. Na nějaký čas se společně s manželem přestěhovali k dceři do rodinného domu. Na konec u dcery žili do doby, než nastoupili do domova seniorů. K dceři za paní Marií docházela pečovatelská služba a také fyzioterapeutka. Klientka se hodně snažila, aby byla co nejméně závislá na pomoci druhých.

Před nástupem do invalidního důchodu pracovala paní Marie na poště, kde se také seznámila s prvním manželem. S ním měla klientka dvě děti. Po rozvodu byla dlouhá léta sama, se současným manželem je seznámila dcera. S ním se dlouho jen přátelili, nakonec se v šedesáti letech paní Marie znovu vdala. Manžel měl dvě děti. V šedesáti letech měla paní Marii dvě nevlastní děti, které stejně jako její vlastní měli už své děti, tedy vnoučata paní Marie.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Paní Marie je ochrnutá na dolní končetiny, od šedesáti let je na invalidním vozíku. Zdravotní stav se paní Marii začal zhoršovat kolem čtyřicátého roku, kdy pocítovala slabosti v dolních končetinách. Chodila na všechna dostupná vyšetření, ale nikdy se nenašla přesná příčina. Nejdříve začala chodit o jedné vycházkové holi, postupně ztrácela jistotu a zvládala chůzi pouze o dvou francouzských holích. S přibývajícím věkem byla na chůzi již unavená a nohy ji přestali fungovat úplně. Zůstala tedy na invalidním vozíku. Se zhoršením mobility se ke zdravotním problémům přidaly další obtíže, jako byla částečná inkontinence, bolesti ramen a výrazné otoky dolních končetin.

Klientka se snažila být co nejvíce samostatná, za pomoci terapeutky natrénovala samostatné přesuny na vozík a zpět. Stále se snažila cvičit doporučené cviky na posilování rukou. Na základě problémů s otoky dolních končetin byla klientka v péči neurologa, který ji doporučil pravidelné lymfatické masáže.

Při nástupu do domova seniorů byla na invalidním vozíku, přesuny zvládala samostatně, byla částečně inkontinentní. Přesuny na toaletu nezvládala, proto přes den nosila pleny. Po adaptaci na domov se snažila za pomoci manžela jezdit na pohybové aktivity, které ji však nevyhovovaly a cítila se unaveně. S manželem občas zašli na kulturní akci v domově, ale jinak trávila volné chvíle na pokoji při četbě knih.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Paní Marie je i přes svůj pohybový hendikep příjemná a energetická paní. Na nástup do domova seniorů se těšila. Klientka věděla, že potřebuje v mnoha věcech pomoci. Také si byla vědoma, že manžel již nemá tolik sil, aby ji sám ve všem pomáhal. Když bydleli s manželem u dcery, docházela za klientkou pečovatelka. Paní Marie ale u dcery zůstat nechtěla, chtěla mít s manželem vlastní bydlení a zároveň pravidelnou ošetrovatelskou péči. Na domov si paní Marie rychle zvykla také díky svému muži, který ji stále ve všem vypomáhá.

U paní Marie jsem chtěla změnit socioterapeutický plán, abych ji více zapojila do činnosti domova. Zejména do pohybových aktivit a také do činností, které mohou s manželem navštěvovat společně.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPEUTICKÝ PLÁN

3.1.1 krátkodobý plán

Krátkodobý plán byl u paní Marie rozvržen již dříve, ale neuspokojil plně její potřeby a přání. Na základě informací, které mi byly sděleny, jsem rozvrhla nový plán. Snažila jsem se, aby plán co nejvíce naplnil potřeby paní Marie a zároveň jí co nejvíce pomohl v jejím hendikepu.

3.1.2 dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu jsem rozplánovala aktivity, u kterých jsem společně s klientkou zjistila, že ji vyhovují. Ve stanoveném plánu byly i činnosti, do kterých se mohl zapojit i manžel paní Marie.

3.2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

U paní Marie jsem s realizací plánu začala s aktivními činnostmi, a to především s doporučením rehabilitačního plánu. Klientka absolvovala rehabilitační cvičení již u své dcery, zde v domově prozatím ne. Pro snížení otoků a prevence kontraktur dolních končetin byla rehabilitace u paní Marie důležitá. Po konzultaci s rehabilitačním lékařem byla klientce také doporučena lymfodrenáž, na kterou klientka docházela již před nástupem do domova. Dále jsem klientce doporučila

pravidelný herní klub. Tato možnost náplně volného času klientce nepřišla vhodná z důvodu jejího hendikepu, proto se jí dosud neúčastnila. Domluvila jsem se s ošetřujícím personálem, zda mou klientku na daný čas připravit, aby mohla na herní klub. Tuto žádost personál bez problému splnil a paní Marie mohla vyrazit do salonku, kde se hrály společenské hry. Jelikož byla paní Marie v domově již nějaký čas, neměla při hraní společenských her problém zapadnout mezi ostatní členy domova. Tím, že jsem za pomoci ošetřujícího personálu s klientkou odbourala strach z jejího hendikepu, jezdila paní Marie sama i na ostatní akce domova. Jen bylo vždy důležité se předem domluvit s personálem, aby ji na danou aktivitu připravil. Zjistila jsem, že toto byl hlavní problém, proč paní Marie nikam nejezdila.

4 ČTVRTÁ ETAPA: ANALÝZA PROŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTKOU

S paní Marií bylo utvoření socioterapeutického plánu jednoduché. Klientka byla v domově již nějaký čas, ale některé aktivity nenavštěvovala. Většinu volného času trávila s manželem na pokoji. I přes svůj tělesný hendikep se snažila hodně věci zvládat sama. Zdroje, které jí v rámci jejího pobytu domov seniorů nabízel, využívala minimálně. Až když se nám společně podařilo najít příčinu jejího nezájmu navštěvování aktivit, začala se paní Marie v domově více integrovat.

Myslím si, že prožívání kvalitního života v domově seniorů je u paní Marie hlavně zapříčiněno jejím silným poutem k manželovi. Je silnou osobností, a díky tomu zvládá svůj tělesný hendikep. Velkou úlohu v kvalitě jejího života v domově také hraje ošetřující personál, který již nemá problém oslovit. Reorganizační individuálního plánu jsem docílila kvalitnějšího života klientky v domově pro seniory.

1.9 PŘÍPADOVÁ STUDIE 9

1 PRVNÍ ETAPA: SOCIÁLNÍ EVIDENCE (HUBLEROVÁ)

1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTOVI

Klientku, kterou jsem si vybrala pro svou případovou studii, budu v následujícím textu nazývat jako paní Annu. Jméno je pro zachování anonymity

smyšlené. Paní Anně je 70 let, je pět let vdova. Pracovala jako dětská zdravotní sestra. Do domova seniorů byla přemístěna po dlouhodobé hospitalizaci z důvodu zhoršení zdravotního stavu. Zdravotní stav klientky vyžadoval ošetřovatelský dohled. Sama klientka do domova nechtěla, raději by se z nemocnice vrátila opět domů, do svého bytu.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTKOU

První setkání s paní Annou proběhlo hned v den jejího nástupu do domova seniorů. Doprovázel ji syn a snacha. Klientku jsem přivítala, seznámila s chodem domova a uvedla ji na pokoj. Před nástupem do domova požadoval syn pro matku velký samostatný pokoj. V případě, že je takový požadavek nahlášen předem, je možné mu vyhovět. Klientka se necítila dobře, byla unavená, působila i trochu smutně. Podle jejího syna měla z prvního dne nástupu do domova strach. Vše bylo také ovlivněno tím, že klientka do domova přicházela rovnou z léčebny dlouhodobě nemocných, kde byla 2 měsíce hospitalizována.

Po uvítání do nového bydlení si šla klientka lehnout. Informace, které jsem klientce nestihla kvůli její únavě sdělit, jsme naplánovaly na další setkání. Následující den jsem paní Annu navštívila a sdělila jí zbylé informace ohledně domova a služeb, které jsou zde poskytovány.

2 DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Paní Anna je pět let vdova. Než manžel zemřel a paní Anna byla ještě zdravá, žili spolu v rodinném domě. Manžel pracoval jako lékař se specializací na kardiologii. Paní Anna pracovala jako administrativní pracovnice. Díky sedavému zaměstnání měla již ve dvaceti letech problémy s krční páteří. Klientka měla jednoho syna. Po narození syna začala pracovat v mateřské škole a v této profesi zůstala až do důchodového věku.

Klientka měla kolem čtyřiceti let kardiovaskulární problémy, často byla hospitalizována na kardiologii. V roce 1990 byla na operaci srdce, kde jí byl proveden srdeční bay-pass. Po tomto zákroku byla paní Anně doporučena lázeňská léčba. Srdeční obtíže se klientce mírně zlepšily, nadále však přetrvávala dušnost a častá únava. V průběhu několika let se zdravotní stav paní Anny zhoršoval a musela

být opět hospitalizována na kardiologickém oddělení. Po skončení hospitalizace byl paní Anně doporučen ze zdravotních důvodů invalidní důchod.

Po smrti manžela se paní Anně zdravotní stav výrazně zhoršil. Musela brát větší množství léků. Kvůli svému zhoršenému zdravotnímu stavu se přestěhovala k synovi do rodinného domu. V roce 2010 paní Anna prodělala srdeční infarkt a byl jí implantován kardiostimulátor. Po tomto zákroku se stav paní Anny mírně zlepšil. Stále se však při chůzi značně zadýchávala, chodila o jedné vycházkové holi. Ke stávajícím zdravotním problémům se přidaly bolesti kolen a pocit nestability při chůzi. Paní Anna několikrát díky těmto obtížím upadla. Syn klientce zařídil pečovatelskou službu, která docházela dvakrát týdně. V roce 2014 měla paní Anna těžké srdeční selhání, kvůli kterému musela být dlouhodobě hospitalizována na kardiologii. Po stabilizaci zdravotního stavu byla klientka přeložena do léčebny dlouhodobě nemocných. Zde se postupně zahájila rehabilitace na zlepšení celkové kondice. Od prodělání srdečního selhání klientka již nemohla být doma sama, byl jí tedy doporučen domov seniorů.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

Při nástupu do domova seniorů byla paní Anna mobilní o jedné vycházkové holi. Na delší procházky chodila o nízkém, kolovém chodítku. Většinu všedních denních činností si paní Anna byla schopná zařídit sama. Byl nutný dohled nad braním léků a také pravidelná měření okysličení krve. Klientka mívá občasné bolesti kolenních kloubů. Dále klientku trápí časté bolesti krční páteře a s tím spojené bolesti ramenních kloubů.

Klientka byla do domova seniorů převezena rovnou z léčebny dlouhodobě nemocných. Doma u syna se zastavila jen pro nutné věci. Po ustálení stavu má domluveno se synem, že si postupně ze svého domu přiveze své věci, aby se zde cítila co nejlépe.

Na svůj zdravotní stav je klientka houževnatá a stále vymýšlí nějaké aktivity. Ráda si čte dobrodružné knihy nebo sleduje dobrodružné filmy. Před tím, než se jí zhoršil zdravotní stav, pravidelně chodila na cvičení. Navštěvovala univerzitu třetího věku. Často se setkávala s přítelkyněmi z práce, ráda chodila do kavárny na kávu.

Když byla u syna a zdravotní stav jí to dovolil, ráda pekla. Před poslední hospitalizací se věnovala ručním pracím, chodila s kamarádkou na keramiku.

Klientka by se ráda vrátila k některým svým aktivitám, které měla před hospitalizací. Je si vědoma, že v současné době jí zdravotní stav nedovoluje moc aktivních činností. Ale její stav by se mohl zlepšit.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Paní Anna se do domova seniorů moc netěšila, i když věděla, že domácnost sama již nezvládá a u syna již déle být nechtěla. Se synem měla hezký vztah, ale nechtěla být na něm závislá. Syn také věděl, že matce nemůže nabídnout péči a služby, které poskytuje domov. Do nového bydlení si Anna postupně přivezla vše, co by jí mohlo pokoj zútulnit, aby se zde cítila co nejlépe. První dny byla klientka hodně unavená, neměla zájem o poznání domova.

Můj celkový dojem z klientky byl příjemný. Klientka věděla, že její zdravotní stav nedovoluje, aby byla sama v domě. Tak se snažila brát nástup do domova jako součást života ve stáří.

3 TŘETÍ ETAPA: NÁVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCIÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPEUTKÝ PLÁN

3.1.1 krátkodobý plán

Na základě získaných informací od klientky jsem sestavila krátkodobý plán tak, aby co nejvíce vystihoval její přání a potřeby. Snažila jsem se vycházet ze zájmů a koníčků paní Anny, které měla před zhoršením zdravotního stavu. Do plánování jsem zapojila vnitřní zdroje klientky a možnosti, které nabízí domov.

3.1.2 dlouhodobý plán

Do dlouhodobého plánu jsem rozplánovala každodenní aktivity klientky, které paní Anně vyhovovaly a uspokojovaly její potřeby. Během přípravy dlouhodobého plánu jsem komunikovala s kolegy, kterých se jeho realizace také týkala.

3.2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Po sestavení krátkodobého plánu jsem přešla k samotné realizaci. Do vnitřních zdrojů klientky jsem zařadila mobilní schopnost klientky, zálibu v četbě, v ručních pracích a v pozitivním postoji k pohybu. Do plánu jsem také zahrnuje fyzioterapii, která by mohla snížit bolesti kolenních kloubů a krční páteře. Seznámila jsem klientku s časopisem vycházejícím v domově, ve kterém byl harmonogram aktivit a kulturních akcí domova. Zároveň jsem klientce objednala pravidelné odebírání časopisu.

První aktivitu, kterou jsem paní Anně doporučila, byla keramická dílna. Poprvé ji do dílny doprovodili ošetřovatelé, abychom zjistili, jak klientka zvládá delší chůzi. Klientce se tato aktivita velmi líbila, zapsala jsem ji na pravidelné docházení do dílny. V průběhu činností v dílně se seznámila s ostatními klientkami domova a s některými začala docházet do pondělní kavárny.

Po částečném ustálení zdravotního stavu klientky začala docházet na rehabilitační cvičení pro zlepšení hybnosti a snížení bolesti kolenních kloubů. Terapeutka paní Annu naučila cviky na uvolnění krční páteře. Tento druh terapie klientce vyhovoval, cvičení bylo přizpůsobené jejímu zdravotnímu stavu. Po konzultaci s ošetřujícím lékařem jsem domluvila pro paní Annu vzdělávací kurzy pro seniory. Jednalo se o dopolední vzdělávací kurzy, které probíhaly dvakrát týdně. Paní Anně se tato možnost líbila, kontaktoval syna, zda by ji mohl na daný kurz vozit. Po schválení ošetřujícím lékařem jsem paní Annu na daný kurz přihlásila.

Paní Anna v průběhu několika týdnů začala samostatně docházet na aktivity i kulturní akce domova. Do domova za klientkou pravidelně docházela její přítelkyně, a pokud to zdravotní stav klientce dovolil, zašly si obě na kávu mimo domov.

4 ČTVRTÁ ETAPA: ANALÝZA PROŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTEM

Z počátku, při seznamování s paní Annou, jsem byla trochu nejistá, abych uměla uspokojit přání klientky. Při našem prvním setkání se klientka necítila dobře. Při sběru sociální anamnézy jsem se snažila pokládat klientce jasné otázky, nechávala jsem prostor k promyšlení odpovědí, a pokud sama nechtěla odpovídat, respektovala jsem to. Na základě získaných informací jsem z rozhovoru vytvořila plán, který by paní Anně mohl pomoci s adaptací na nové bydlení. Doporučené

aktivity se klientce líbily. Postupné docházení na aktivity domova a můj zájem o plnění potřeb klientky dopomohlo k tomu, že se paní Anna v domově cítí mnohem lépe. Bydlení v domově seniorů není pro paní Annu jednoduché, ale naplňování volného času a možnost návštěv vzdělávacího kurzu, jí život a prožívání stáří v domově seniorů zpříjemňuje.

5. 10 PŘÍPADOVÁ STUDIE 10

1 PRVNÍ ETAPA: SOCIÁLNÍ EVIDENCE (CIKÁNKOVÁ)

1.1 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O KLIENTCE

Klientku v následujícím textu budu nazývat jako paní Helenu. Toto jméno je v zájmu zachování anonymity klientky vymyšlené. Paní Helena se narodila v roce 1945, s manželem jsou rozvedení již několik let. Má jednoho syna, od syna má jedno vnouče. Syn klientku navštěvuje zřídka. Paní Helena se od svých dvaceti pěti let léčí s roztroušenou sklerózou. Před diagnostikou tohoto onemocnění pracovala jako chemická laborantka. Do domova seniorů nastoupila plánovaně z důvodu neschopnosti o sebe pečovat. Paní Helena je v domově seniorů deset let.

1.2 PRVNÍ KONTAKT S KLIENTKOU

Klientka mi byla přidělena v rámci mé praxe v domově seniorů. První kontakt s klientkou byl při sběru anamnézy. Náš rozhovor pobíhal na pokoji klientky, klientka seděla na lůžku s výrazně spastickými dolními končetinami. Na svůj těžký zdravotní stav byla paní Helena komunikativní a bez problému se mnou navázala rozhovor a odpovídala na mé otázky.

Klientka je na elektrickém vozíku, přesun na vozík zvládá pouze za pomoci sester. Pokud se cítí dobře, tráví většinu dne na elektrickém vozíku. Snaží se být v rámci své mobility aktivní. Je členkou sdružení “roska“. Jednou za rok jezdí na třítydenní rehabilitace.

2 DRUHÁ ETAPA: SOCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

2.1 SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Klientka žije v domově seniorů desátým rokem. Před nástupem do domova žila sama v přízemním bytě. V době, kdy byla klientka ještě mobilní, chodila do práce. Pracovala jako chemická laborantka. Ve třiceti letech se zdravotní stav klientky zhoršil, musela odejít z práce a dostala invalidní důchod. S manželem se rozvedli, když bylo klientce 42 let. Nějaký čas žil s paní Helenou syn se svou ženou, ale po narození jejich syna se s manželkou odstěhovali. V období odchodu syna byla klientka mobilní pomocí dvou holí. Docházela jako výpomoc do obchodu. Pravidelně chodila na rehabilitační cvičení, jednou za rok jezdila do lázní nebo do rehabilitačního ústavu. Přesto se zdravotní stav klientky zhoršoval, postupně přisedla na mechanický vozík. Potřebovala více pomoci při péči o domácnost, začínala mít problémy s inkontinencí. Paní Helena si zařídila osobní asistentku, která ji se vším potřebným vypomáhala. Postupně se zdravotní stav klientky zhoršoval, měla častější ataky a po každé se její pohyblivost zhoršoval. Za těchto podmínek si byla klientka vědoma, že pomoc druhé osoby bude do budoucna potřebovat mnohem více. Syn se o matku neměl čas starat, asistentku si dlouhodobě nemohla dovolit, zařídila si tedy místo v domově seniorů.

2.2 OSOBNÍ ANAMNÉZA

V období nástupu do domova seniorů byla klientka mobilní pouze na elektrickém vozíku, přesuny zvládala sama. Pokud se cítila dobře, dokázala se sama postavit. V oblasti hygieny byla plně závislá na pomoci druhé osoby. V běžných denních činnostech se zvládala sama obléci, sama najíst.

Zdravotní stav klientky se výrazně zhoršil v květu 2014, když při samostatném přesunu na elektrický vozík upadla a způsobila si distorzi kolenního kloubu. Stav byl léčen konzervativně, fixací a klidem na lůžku. Klientka byla skoro půl roku upoutaná na lůžku, byla ve všech činnostech plně závislá. Jediný pohyb byl pouze v rámci ošetřovatelské rehabilitace během polohování klientky. Tento plně imobilní stav způsobil i zhoršení kontraktur dolních končetin. Po zhojení pohmožděného kolene začala klientka s rehabilitačním cvičením, které bylo zkomplikováno těžkou spasticitou dolních končetin. V oblasti horní části trupu byla

klientka pohyblivá, ale pro snížení svalové síly rukou se již sama nedokázala přesunout na elektrický vozík.

Do úrazu kolenního kloubu klientka trávila většinu volného času na vozíku, jezdila na aktivity, které domov nabízí. Pokud bylo dobré počasí, jezdila i na nákupy mimo domov. Jednou za půl roku jezdila na setkání sdružení „roska“. Po úrazu kolenního kloubu se klientce zhoršil zejména její psychický stav. Nebyla schopná samostatně se přesunout, to jí zkomplikovalo nejen jízdy mimo domov, ale také docházení na aktivity domova.

2.3 HODNOCENÍ INFORMACÍ

Během rozhovoru s paní Helenou jsem získala hodně informací o jejím životě. Těžko se celý život srovnává s existencí její nemoci. Od diagnostiky roztroušené sklerózy se klientka snažila o „normální“ život, pravidelně cvičila, chodila do práce. Vše se začalo zhoršovat po rozvodu s manželem a odchodu jejího syna. Vztah s jejím synem jí trápí dodnes, vnouče viděla jednou a syn se snachou za klientku chodí jen zřídka.

Od úrazu kolena je klientka závislá na ošetřujícím personálu i při přesunu na vozík a zpět na postel. To značně omezilo její pohyblivost po domově seniorů i mimo domov. Nemá zájem o aktivity a kulturní akce domova.

3 TŘETÍ ETAPA: NAVRHOVÁNÍ ŘEŠENÍ A PLÁN SOCÁLNÍ POMOCI

3.1 SOCIOTERAPEUTICKÝ PLÁN

3.1.1 krátkodobý plán

Na základě získaných informací od klientky jsem sestavila krátkodobý plán. Jako prioritu jsem stanovila motivaci klientky k aktivizaci, zlepšení psychického stavu a opětovné návštěvy kulturních akcí.

3.1.2 dlouhodobý plán

Dlouhodobý plán obsahoval rozvržení denních aktivit a spolupráci s ostatními profesemi jako fyzioterapeut, ergoterapeut a psychoterapeut.

3.2 KONEČNÝ STRUKTUROVANÝ PROGRAM SOCIÁLNÍ POMOCI

Hlavní prioritou při realizaci krátkodobého plánu byla aktivizace klientky a její opětovné navrácení k jejím zálibám. První krok, který jsem podnikla, bylo kontaktování staniční sestry, se kterou jsem se domluvila na pravidelném každodenním vysazování klientky do elektrického vozíku. Jelikož paní Helena na vozíku nebyla delší dobu, byly zpočátku intervaly vysazování na vozík krátké. Po nějakém čase vydržela klientka na vozíku půl dne. Další krok, který jsem udělala pro zlepšení celkové kondice paní Heleny, byla její kontrola u rehabilitačního lékaře a pak následná rehabilitace pod vedením fyzioterapeutky. Individuální léčebný tělocvik terapeutka rozplánovala zpočátku na dvakrát týdně. Na začátku terapie byla klientka nadšená z každé činnosti. Během rehabilitačního cvičení došlo k ovlivnění spasticity dolních končetin. Klientka se mohla lépe posadit a vydržela i dlouho sedět na elektrickém vozíku.

Součástí krátkodobého plánu bylo dále kontaktování psychoterapeutky, která do domova docházela jednou týdně. Nejprve jsem se domluvila s paní Helenou, zda souhlasí s návštěvou psychoterapeuta. Zpočátku byla klientka z mého návrhu rozladěná a nevěděla, zda má souhlasit. Klientku jsem do ničeho nenutila, nechala jsem vše na jejím rozhodnutí. V následujících dnech mne sama klientka kontaktovala, že by ráda vyzkoušela konzultaci s psychoterapeutkou. Konzultaci jsem domluvila na další týden. V dalších týdnech za paní Helenou psychoterapeutka chodila pravidelně.

Během realizace socioterapeutického plánu na mě klientka působila uvolněně. Sama se snažila, aby byl nastavený plán dodržován. Rehabilitační cvičení měla v dalších týdnech nastavené třikrát týdně, což výrazně zlepšilo její pohybový potenciál. Byla stále v péči psychoterapeutky, která se v následujících týdnech spojila i s psychiatrickou.

4 ANALÝZA PŘOŽITÉ ZKUŠENOSTI S KLIENTKOU

Práce s paní Helenou byla přínosná. Klientka měla svůj pobyt v domově seniorů již dlouhodobě naplánovaný. S ohledem ke své diagnóze a rodinnému zázemí neviděla jinou možnost. Do domova nastoupila již jako imobilní pacient, závislý na pomoci druhých. Paní Helena byla od začátku aktivní klientkou. Dodnes jí

trápí vztah s jejím synem. Toto téma a ostatní věci, které klientce vyvolávaly úzkost, řešila s psychoterapeutkou, kterou jsem ji doporučila.

Prožívání stáří v domově pro seniory vnímá paní Helena jako jedinou možnost. Snaží se na tuto skutečnost nahlížet pozitivně, ale někdy propadá těžkým depresím. Její zdravotní stav a nepříliš harmonický vztah se synem jí prožívání klidného stáří příliš neumožňují

6 DISKUZE

V následujícím shrnutí se budu věnovat výsledku případových studií v rámci socioterapeutického plánování. Dále se budu věnovat analýze prožitých zkušeností s klientem při vytváření případové studie. Výzkumné studie se zúčastnili klienti žijící v domově seniorů Praha 4. Počet oslovených klientů na sepsání případových studií bylo celkem 30, z tohoto počtu se jich 10 případové studie zúčastnilo. Klienti, kteří byli osloveni, a přesto se studie nezúčastnili, ztratili zájem nebo u nich došlo ke zhoršení zdravotního stavu. Mezi klienty, kteří se případové studie zúčastnili, byli tři muži a sedm žen. Z této skupiny byli čtyři klienti v domově seniorů více jak pět let a šest klientů méně jak pět let.

Případové studie jsou rozděleny na čtyři etapy. V první etapě „sociální evidence“ jsou popisovány základní údaje o klientovi a první kontakt s ním. Do základních údajů o klientovi jsem uvedla jméno klienta, věk, zaměstnání, rodinné vztahy. První setkání probíhalo u menší části klientů v rámci jejich nástupu do domova seniorů, u zbylé části klientů proběhlo již dříve v rámci terapie.

V druhé etapě „sociální diagnostika“, jsou anamnestické údaje o klientovi, jako je sociální anamnéza, osobní anamnéza. Anamnestické údaje byly získávány od klientů nebo z lékařské dokumentace, ke které jsem měla také přístup. V závěru druhé etapy případové studie, bylo zhodnocení získaných informací o klientovi. Hodnocení vycházelo z anamnézy a subjektivního vnímání klienta během vedeného rozhovoru. Během sběru informací v této etapě práce, neměla většina klientů problém s odpovědí na otázky a volně povídali o svém životě. U některých klientů

nastala změna, když se otázky vedeného rozhovoru týkaly jejich dětí. Při těchto otázkách zesmutněli a rozhovor navedli jiným směrem. Vždy, když nastala tato situace, respektovala jsem ji. Na základě získaných informací jsem přešla k třetí etapě případové studie „navrhování řešení a plán sociální pomoci“.

V třetí etapě jsem nejprve na základě získaných informací sestavila socioterapeutický plán, který byl rozdělen na krátkodobý a dlouhodobý. Součástí krátkodobého plánu bylo vždy stanovení potřeb a přání klienta a také cíle, kterého chceme s klientem dosáhnout. Při plánování jsem se snažila využít vnitřní zdroje daného klienta a zdroje, které pro klienta nabízí domov. Dlouhodobý plán obsahoval aktivity, které naplňovali přání a potřeby klienta. Tyto aktivity byly rozplánovány na dané časové období. Při sestavování dlouhodobého plánu jsem u většiny klientů spolupracovala i s ostatním personálem. V konečné fázi třetí etapy případové studie následoval strukturovaný program sociální pomoci. V této části jsem přešla již k samotné realizaci předem stanoveného plánu a cíle. U klientů, kteří byli v domově seniorů krátce, a individuální plán se u nich vytvářel poprvé, se zpočátku cítili nesměle a nevěděli jak reagovat na doporučené aktivity. V těchto případech byl velmi důležitý individuální přístup sociálního pracovníka, který se snaží klienty namotivovat a ukázat význam nabízené aktivity pro daného klienta. Ve všech případových studiích se podařilo vytvořit takový individuální plán, kterého se klienti pravidelně zúčastňovali a tím docházelo k uspokojování jejich přání a potřeb. Během konečného strukturovaného programu sociální pomoci je důležité, aby byl klient s individuálním plánem srozuměn. Je důležité, aby si byl klient vědom, že vytváření socioterapeutického plánu je pro jeho klidný život v domově seniorů. Socioterapeutický plán se vytváří na určité časové období, po tomto období by pracovník měl zjistit, zda došlo k uspokojování potřeb klienta či ne. V případě nenaplnění klientových potřeb a přání by se měla sjednat náprava a nalézat jiné možnosti k jejich uspokojování. V případě případových studií této diplomové práce byl u tří klientů změněn individuální socioterapeutický plán. V těchto případech byl plán změněn na základě změny zdravotního stavu klientů a jejich nedostatečné motivace. Po stanovení nových individuálních plánů se u dvou klientů podařilo opětovné navštěvování aktivit a tím se s tím se i z části zlepšil jejich psychický stav. V případě jedné klienty, u které byl vytvořen nový individuální plán z důvodů změny jejího zdravotního stavu, se nepodařilo motivovat klientku natolik, aby opět

navštěvovala nabízené aktivity. V tomto případě byla navrhnutá klientce psychoterapeutická péče.

Poslední etapa, tedy čtvrtá etapa „analýza prožité zkušenosti s klientem“ obsahovala celkové zhodnocení práce s klientem pozitivní a negativní poznatky při práci s klienty. Jednotlivé práce s klienty byli velmi zajímavé, i když všichni klienty jsou ve stejném prostředí, každý z nich prožívá život v domově seniorů jinak. Myslím si, že vše záleží na přístupu k životu každého z klientů. Během práce s klienty se také u každého projeví jeho životní zkušenosti, jeho spokojenost s dosavadním životem. Dále se také při práci s klienty odráželi jejich rodinné vztahy a jejich schopnosti komunikace. Tyto faktory člověk z pozice sociálního pracovníka nezmění, ale může změnit svůj přístup ke klientovi, proto je individuální přístup tak důležitý.

Pozitivním poznatkem při vytváření případových studií, je pro mě fakt, že nástupem do domova seniorů pro mnohé klienty život nekončí. Záleží však na jejich celoživotnímu přístupu k životu a postoji k životním změnám. Nedílnou součástí pozitivního žití v domově seniorů je přístup sociálního pracovníka a ostatního personálu. Sociální pracovník zde vytváří důležitý „most“ mezi klientem, novým prostředím a ošetřujícím personálem. Individuální přístup a vytvoření individuálního socioterapeutického plánu je základem pro vytvoření nového zázemí pro seniora. Dále je velice důležité, aby v těchto zařízeních byla dobrá komunikace v rámci multidisciplinárního týmu.

Mé poznatky pro budoucí praxi jsou, že sociální pracovník hraje zásadní roli při zprostředkování služeb klientovi. Dále, že komunikace mezi pomáhajícím personálem a sociálním pracovníkem je velmi důležitá při sestavování individuálního plánu klientů. Výrazný faktor, který ovlivňuje život seniorů v pobytovém zařízení je jejich motivace k aktivnímu žití a vytvoření pocitu potřebnosti ve společnosti.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá prožíváním stáří v domově seniorů z pohledu sociálního pracovníka. Podle přečtené literatury jsem si uvědomila, že můžeme společnost rozdělit na dvě skupiny. První částí populace zastává k seniorům negativní postoj, senioři pro tu to část bývají zátěží pro společnost a lze u nich najít i prvky diskriminace. Pro druhou skupinu populace se péče o seniory v dnešní době stává fenoménem, stále vznikají nová pobytová zařízení a snaží se, aby péče byla poskytována na co nejlepší úrovni. Začínáme si uvědomovat, že stárnutí je přirozený proces, který přináší určitý stupeň závislosti na druhé osobě. Ne každý jedinec má možnost prožít stáří ve své rodině. V mnoha případech není možnost, aby se o stárnoucího člověka rodina postarala. V těchto situacích je dán návrh a nástup do domova seniorů a pro jedince vzniká nová etapa života. Práce poukazuje na osobité prožívání života v domově seniorů a na důležitou roli sociálního pracovníka při péči o klienty. Role, kterou tu pracovník zastává je důležitá jak pro klienta, tak pro rodinné příslušníky, s kterými bývá v častém kontaktu.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části zpočátku popisují základní pojmy spojené se stářím. Samotný pojem stáří je zde popisován hned několika definicemi podle jednotlivých autorů. Dále se zabývám pojmem stárnutí a aspekty, které je ovlivňují. Součástí této kapitoly je také pojednání o postavení seniorů ve společnosti a na často zmiňovaný pojem „ageismus“. V další kapitoly volně navazují na důležitost autonomie seniorů, jejich možnosti ve vzdělávání a v neposlední řadě metody aktivizace užívané nejen v pobytových zařízeních. Závěr teoretické části je zaměřen na sociální práci se seniory a poukazuje na její důležitou roli v pobytovém zařízení. V této poslední kapitole také tuto roli popisují a vyzdvihují její význam.

Praktická část je zaměřena na klienty žijící krátkodobě či dlouhodobě v domově seniorů v Praze. Ve výzkumné části práce jsem použila kvalitativní metody výzkumu – případovou studii. U vybraného počtu klientů dle délky pobytu v domově seniorů, jsem na základě vedeného rozhovoru vytvořila případové studie. Každá z nich je rozdělena na čtyři etapy, v kterých je postupně popisována práce s klientem. Ve třetí etapě je navrhován socioterapeutický plán a jeho následná

realizace. Případová studie je zakončena analýzou prožitých zkušeností s klientem. Z této výzkumné části je zřejmé, že prožívání stáří je pro každého klienta individuální a proto je důležité tak i přistupovat.

Tím, že jsem v práci zvolila kvalitativní metodu výzkumu, výsledky nejsou obecně platné, mohou být ovlivněny subjektivitou výzkumníka. Nestanovila jsem si hypotézy, ale cíle.

V práci jsem si stanovila dva cíle. Prvním cílem bylo prohloubení teoretických znalostí při práci se seniory a tím i lépe uspokojovat jejich přání a potřeby. Tento cíl se mi podařil naplnit. Druhým cílem bylo zjistit, jak práce sociálního pracovníka ovlivňuje život v domově seniorů. Tento cíl jsem zkoumala na základě případových studií u vybraných klientů. Závěrem jsem zjistila, že práce a přístup sociálního pracovníka má vliv na kvalitu života v domově seniorů, zároveň zde je velice důležité fungování celého multidisciplinárního týmu.

LITERATURA

ČEVELA R., KALVACH Z., ČELEDOVÁ L., Sociální gerontologie: Úvod do problematiky, Praha: Grada Publishing a. s., 2012. ISBN 9788024779959

DVOŘÁČKOVÁ D., Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory, Praha: Grada Publishing a. s., 2012. ISBN 9788024778914

GERLICOVÁ M., Muzikoterapie v praxi, příběhy muzikoterapeutických cest, Praha: Grada Publishing a. s., 2014. ISBN 978-80-247-4581-7

HAUKE M., Pečovatelská služba a individuální plánování, Praha: Grada Publishing a. s., 2011. ISBN 978-80-247-3849-9

HOLCZEROVÁ V., DVOŘÁČKOVÁ D., Volnočasové aktivity pro seniory, Praha: Grada Publishing a. s., 2013. ISBN 978-80-247-4697-5

HOGAN P., HOGAN L., Stages of seniors care: Your step-by-step guide to making the best decisions, USA: Copyright, 2010. ISBN 978-0-070-162543-2

HOLMEROVÁ I. A KOL., Vybrané kapitoly z gerontologie, Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8

HROZENSKÁ M., DVOŘÁČKOVÁ D., Sociální péče o seniory, Praha: Grada Publishing a. s., 2013. ISBN 9788024784700

HUDÁKOVÁ A., MAJERNIKOVÁ L., Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství, Praha: Grada Publishing a. s., 2013. ISBN 978-80-247-4772-9

KALVACH Z., ZADÁK Z., JIRÁK R., ZAVÁZALOVÁ H., SUCHARDA P. a kol., Geriatrie a gerontologie, Praha: Grada Publishing a. s., 2004. ISBN 9788024770383

KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I., Motivační prvky při práci se seniory, Praha: Grada Publishing a. s., 2008. ISBN 9788024766423

KOPŘIVA K., Lidský vztah jako součást profese, Praha: Portál, s. r. o., 1997. ISBN 80-7367-181-6

KOLESÁROVÁ K., SAK P., Sociologie stáří a seniorů, Praha: Grada Publishing a. s., 2012. ISBN 978-80-247-3850-5

KRIVOŠÍKOVÁ M., Úvod do ergoterapie, Praha: Grada Publishing a. s., 2011. ISBN 978-80-247-7346-9

KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I., Motivační prvky při práci se seniory, Praha: Grada Publishing a. s., 2008. ISBN 9788024766423

KOPŘIVA K., Lidský vztah jako součást profese, Praha: Portál, s. r. o., 1997. ISBN 80-7367-181-6

MALÍKOVÁ, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních, Praha: Grada Publishing a.s., 2011, ISBN 978-80-247-3148-3

MALÍK HOLASOVA V., Kvalita v sociální práci a sociálních službách, Praha: Grada Publishing a. s., 2014, ISBN 9788024791029

MUHLPACHT P., Gerontopedagogika. 1. Vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004, ISBN 80-210-3345-2

ODRUŠOVÁ, J. Stáří a smysl života, Praha: Karolinum, 2011, ISBN 978-80-246-1997-2

PALMORE E., Ageism: Negative and positive, New York: Copyright, 1999. ISBN 0-8261-7001-3

POKORNÁ, A. Komunikace se seniory, Praha: Grada Publishing a. s., 2011, ISBN 978-80-247-3271-8

ŠPATENKOVÁ N., SMÉKALOVÁ L., Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika, Praha: Grada Publishing a. s., 2015. ISBN 8024754460

Internetové zdroje

KUCHAŘOVÁ, V., *Život ve stáří, zpráva o empirickém výzkumu* ONLINE. © 2003, (cit. 12. 2. 2016)

Dostupné z: <http://docplayer.cz/236543-Zivot-ve-stari-zprava-o-vysledcich-empirickeho-setreni.html>)

=

7 PŘÍLOHY

Příloha 1: Proces stárnutí

Příloha 2: Jedna z příčin procesu stárnutí

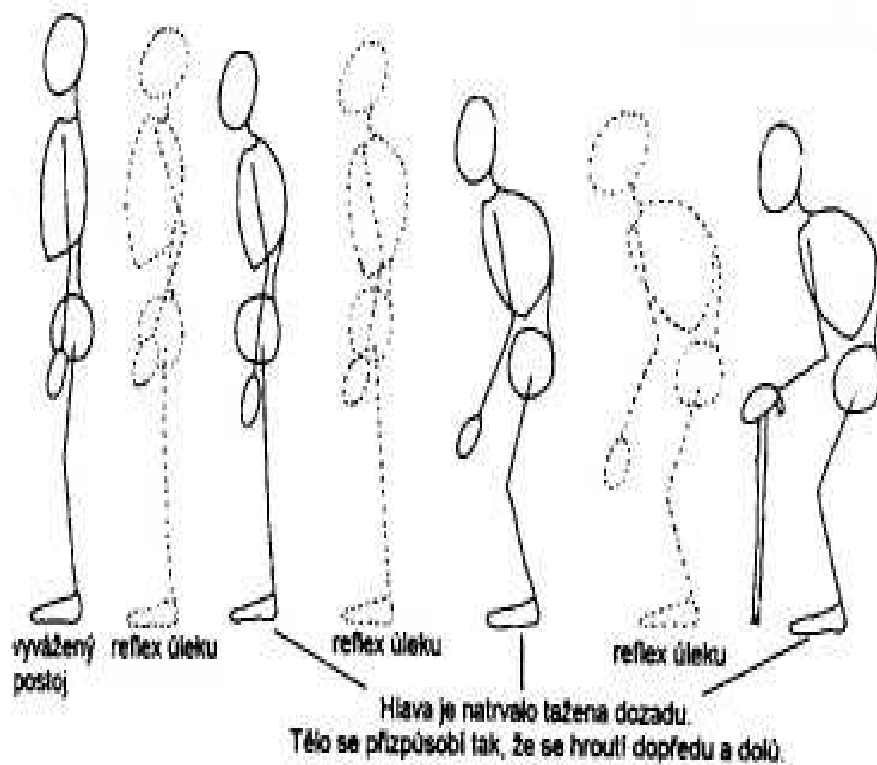
Příloha 3: Maslowova pyramida potřeb

Příloha 4: Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva v ČR

Příloha 5: Věková struktura skupiny seniorů ve věku 65 let a více.

Příloha 1

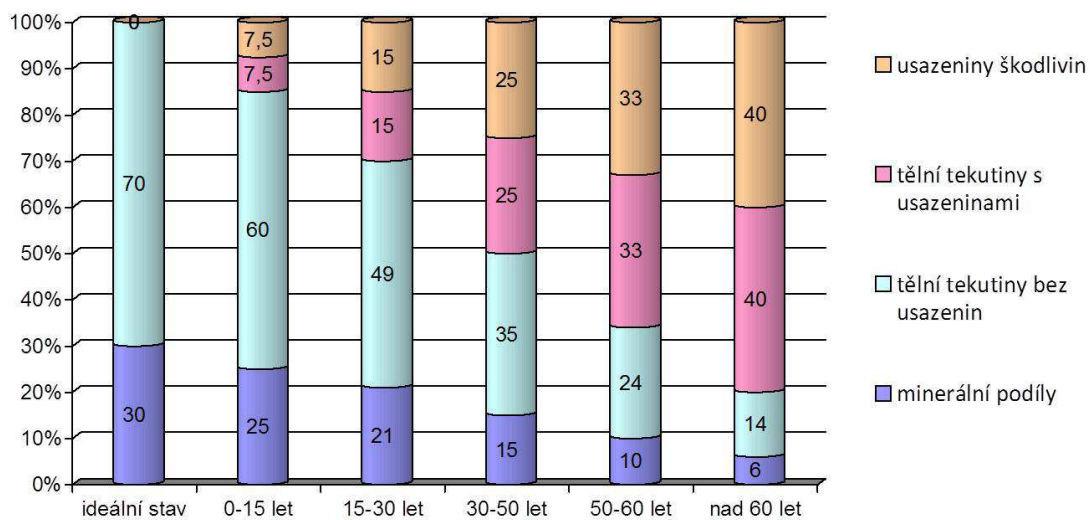
Proces stárnutí



Zdroj: Plynoucí řeka tchaj-či, převzetí z knihy Glen Parkové – Umění proměny. Dostupné z: www.tajci.estranky.cz

Příloha 2

Jedna z příčin procesu stárnutí



Zdroj: Proces stárnutí člověka, Otinger a Beck. Dostupné z: www.kapkvitalita.cz

Příloha 3

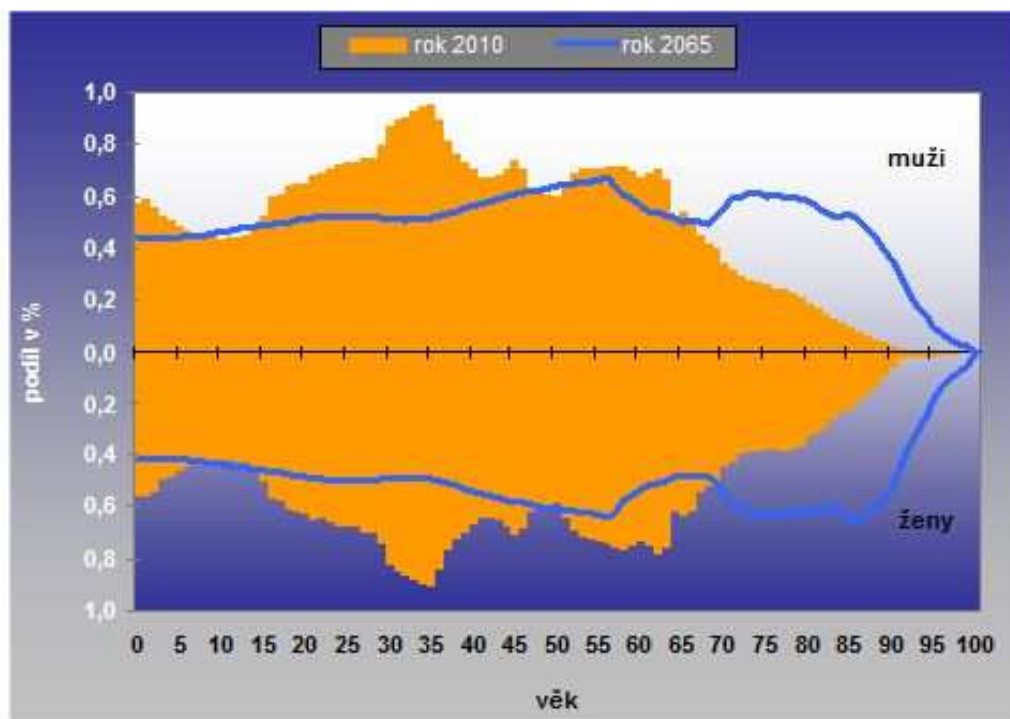
Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Motivační ráj. Dostupné z: www.motivacniraj.cz

Příloha 4

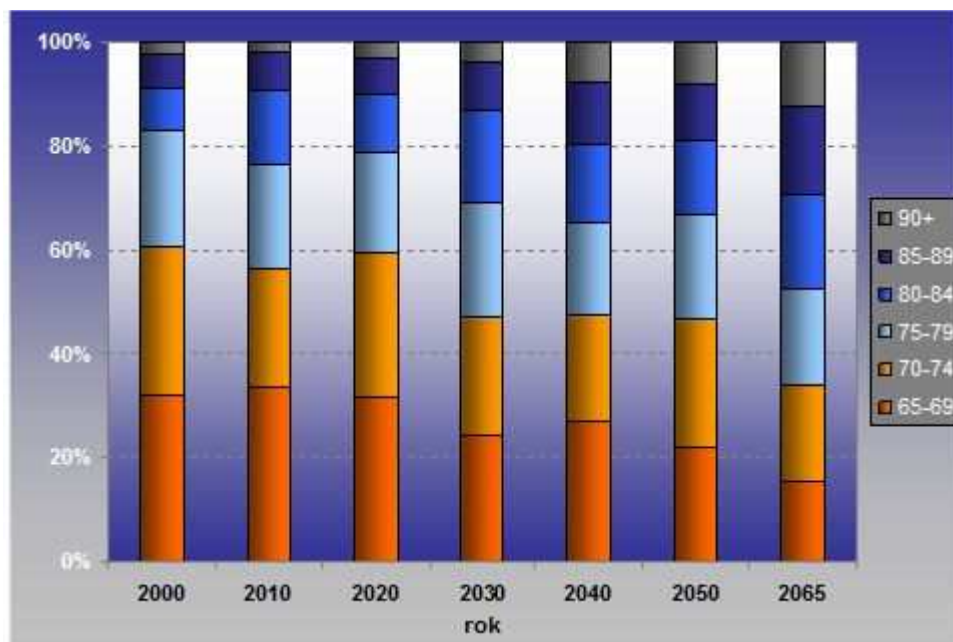
Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva v ČR



Zdroj: Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce, ČSÚ. Dostupné z www.demografie.cz

Příloha 5

Věková struktura skupiny seniorů věku 65 a více let



Zdroj: Analýza: Demografické stárnutí ČR podle výsledků projekce, ČSÚ. Dostupné z www.demografie.cz

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorka: Kateřina Dobiášová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název Práce: Prožívání stáří v domově seniorů z pohledu sociálního pracovníka

Počet stran (bez příloh): 82

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů české literatury a pramenů: 23

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 1

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Slavomír Laca

Rok dokončení práce: 2016

Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Kateřina DOBIÁŠOVÁ

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Prožívání stáří v domově seniorů z pohledu sociálního pracovníka

Vedoucí/oponent práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 82

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 26

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 0** | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|---|---|---|---|

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Oborová příslušnost tématu

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Originalita tématu a jeho zpracování

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Využití výzkumných empirických metod

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Využití praktických zkušeností

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Naplnění cílů práce

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

*

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznosť kapitol a subkapitol

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Vhodnosť prezentácie záverů práce (publikácie, referáty, apod.)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nemám otázky do diskusie, všetky boli vydiskutované v rámci konzultácií.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Diplomantka Kateřina Dobiášová sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou, ktorou je prežívanie starnutia staroby u seniorov v domove dôchodcov z pohľadu skalného pracovníka. Štruktúra práce je dobrá, a je vyvážená v jednotlivých kapitolách a podkapitolách. V úvode autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách, taktiež si vytýčila cieľ svojej teoretickej a empirickej časti ktorú rozoberá empirická časť práce. Autorka pri písaní použila adekvátnu literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen ČR literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo jej patrí pochvala). Záver práce je ukončený prílohami, v ktorej sa nachádza obrazová príloha starnutia, reálna a predpokladaná veková štruktúra obyvateľstva v ČR a iné.

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce autorka opisuje pohľad na zvolenú problematiku (charakterizuje oblasť seniorov, starnutie, sociálne služby, sociálna práca a sociálny pracovník, a aktivačné programy). Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu prípadovej, kde rozoberá jednotlivých klientov v sociálnom zariadení domove seniorov. Moje výhrady sú v teoretickej práce, kde niekedy sú jednotlivé texty vyskladané chýba prepojenie a premostenie a menšie formálne chybičky. V empirickej časti sú dobre spracované jednotlivé prípadové štúdiá, chýba konkrétnejšie odporúčanie v rámci praxe. Musím pochváliť študentku, jej prístup k písaniu diplomovej práce a spoluprácu, to hodnotím veľmi kladne. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, čo sa týka prípadových štúdií ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu.

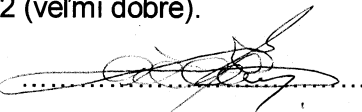
Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 2 (veľmi dobre).

Datum, podpis: 05.05.2015



*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. DOBIÁŠOVÁ Kateřina

Obor studia: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Prožívání stáří v domově seniorů z pohledu sociálního pracovníka

Oponent práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 82

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 26

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 0** | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|---|---|---|---|

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Oborová přílehlavost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Originalita tématu a jeho zpracování

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Využití výzkumných empirických metod

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Využití praktických zkušeností

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 0 | | | | |
|---|--|--|--|--|

Naplnění cílů práce

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | 3 | |
|--|--|--|---|--|

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Návaznost kapitol a subkapitol

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | 3 | |
|--|--|--|---|--|

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | 3 | |
|--|--|--|---|--|

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Co je optimální model péče o seniory se sníženým funkčním potenciálem?
2. Jaké rozdíly předpokládáte v kvalitě života seniora v přirozeném prostředí a rezidenční péči?
3. Jakým způsobem klienti participovali na individuálním plánování, které bylo součástí výzkumného šetření?
4. Jakými nástroji a mechanismy může sociální pracovník ovlivnit kvalitu života seniora v pobytové službě?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Ústředním tématem předložené diplomové práce je problematika prožívání stáří a stárnutí v pobytové službě pro seniory z pohledu sociálního pracovníka zařízení poskytujícího tyto služby. Volbu tématu hodnotím jednoznačně jako oborově přílehlou a vlastní téma jako nadmíru aktuální a významné.

Zpracovaná diplomová práce je dle očekávání dělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část je složena ze tří hlavních tematických úseků. Mezi nimi ovšem postrádám vymezení pobytových služeb pro seniory, jejich specifik a negativního dopadu na klienty (např. maladaptivní syndrom). Domnívám se, že uvedené je klíčové k pochopení prožívání seniora. Zároveň bych očekávala preciznější výklad problematiky kvality života v senu včetně vymezení proměnných, které tuto kvalitu ovlivňují. Rovněž bych předpokládala využití širší platformy literárních zdrojů, ze kterých je možné při zpracování uvedených témat čerpat.

Empirická část práce je vystavěna na výzkumném šetření, pro nějž studentka volí kvalitativní design. Získaná data o výzkumných jednotkách jsou organizována prostřednictvím deseti kazuistik. V úvodu výzkumné části postrádám definici výzkumných otázek. Tento nedostatek bohužel přispívá k nejednoznačnosti zaměření této části práce. Název práce, cíl stanovený v jejím úvodu, osnova práce a provedené výzkumné šetření jsou do jisté míry rozdílné a nekonzistentní. Klíčovou součástí každé kazuistiky se v závěru stává individuální plánování, u kterého postrádám větší součinnost se samotným klientem/klientkou. Zdá se totiž, že se na jeho/její potřeby a preference pouze usuzuje. Domnívám se rovněž, že uvedený obsah plánování není hlavním předmětem zájmu sociální práce se seniory v pobytové službě, ale spíše profesním zájmem ergoterapeuta. Dále není zřejmé, v jaké profesní roli výzkumnice ve vztahu ke klientům vystupuje - jako sociální pracovník, fyzioterapeut nebo pouze jako výzkumník? Zmiňovány jsou všechny tyto role. Je škoda, že z kazuistik prakticky vůbec nevyplyvá, jak zkoumané osoby prožívají stáří, a to je to, co by čtenář po prostudování diplomové práce očekával, neboť autorka toto dříve v textu předesílala. V neposlední řadě závěrečná část práce „diskuze“ nenese znaky takto pojmenované části textu, tzn., že studentka nediskutuje své závěry s poznatky odborné literatury. A co víc, praktická část práce nemá vůbec žádnou oporu v odborné literatuře, což považuji za zásadní nedostatek.

Předložená diplomová práce splňuje i přes uvedené nedostatky základní nároky kladené na závěrečnou magisterskou práci a doporučuji ji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře – dobře (dle průběhu obhajoby)

Datum, podpis: V Praze 3. května 2016