

**Pražská vysoká škola psychosociálních studií**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2015**

**Kateřina Kutheil**

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Sociální práce se seniory trpícími chronickým zdravotním postižením**

Bc. Kateřina Kutheil

vedoucí práce: Mgr. Lucie Vacková

**Praha 2015**

**Prague college of psychosocial studies**

**Social work with seniors suffering from  
a chronic health disability**

Bc. Kateřina Kutheil

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Lucie Vacková

**Praha 2015**

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že má diplomová práce je ve smyslu zákona č. 121/2000Sb., o právu autorském, právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů výhradně mým autorským dílem.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce.

V Praze dne :

.....

Bc. Kateřina Kutheil

## **Poděkování**

Poděkování patří vedoucí práce Mgr. Lucii Vackové za ochotu, cenné rady a trpělivost při spolupráci na této diplomové práci.

**Anotace:**

Diplomová práce se zabývá problematikou seniorů se sníženou soběstačností žijících v pobytovém zařízení a současně přístupem pracovníků, kteří jim v daném zařízení poskytují zdravotní a sociální služby. Teoretická část je zaměřena na charakteristiku stáří a biopsychosociálních změn, které jsou s tímto obdobím spojeny. V textu je zmíněn i postoj společnosti k seniorům v souvislosti se současnými demografickými změnami v populaci. Podrobněji je popisován legislativní systém sociálních služeb poskytovaných seniorům v České republice a specifický přístup k seniorům v sociální práci v pobytových službách. Závěrečná část je věnována vybranému zařízení poskytujícímu komplexní zdravotní a sociální služby seniorům trpícím chronickým zdravotním postižením.

Praktická část zkoumá, jakým způsobem lze zlepšit přístup a vztah pracovníků v přímé péči k seniorům žijících v Domově pro seniory. Ve výzkumu je použita kvalitativní strategie pracující s metodou případové studie. Součástí jsou i kazuistiky jednotlivých účastníků výzkumu a následná kvalitativní analýza. Závěrečná část shrnuje dílčí výstupy s celkovým posouzením výzkumného šetření.

**Klíčová slova:**

stáří

nemocný senior

sociální služby

ústavní péče

pobytová péče

pomáhající pracovník

syndrom vyhoření

**Abstract:**

The dissertation looks into issues of seniors with a reduced self-sufficiency living in a long stay facility. At the same time it looks into the approach of staff, which provides health and social services to them in this special facility. The theoretical part is focused on an age characteristic and biopsychosocial changes, which are related to this period. In the text there is mentioned also an attitude of society to the seniors in connection with present demographic changes in population. There is in details described a legislative system of social services provided to seniors in the Czech Republic and a specific approach to seniors in a social work in long stay facilities. The last part is devoted to a selected facility which provides complex health and social services to the seniors suffering from a chronic health disability.

The practical part studies, which way it is possible to improve the approach and relation of the staff in the direct care to the seniors living in the senior home. In the research there is used a qualitative strategy working with a method of a case study. A part of this there are also case interpretations of individual participants of the research and a subsequent qualitative analysis. The final part summarizes partial outputs with an overall evaluation of a research survey.

**Key words:**

old age

sick senior

social services

institutional care

long stay care

helping staff

burnout syndrome

# Obsah

ÚVOD .....	10
1 STÁŘÍ A SPOLEČNOST .....	11
1.1 Charakteristika stárnutí a stáří .....	12
1.2 Časové vymezení stáří a délky života .....	15
1.3 Změny ve stáří .....	16
1.3.1 Biologické změny .....	17
1.3.2 Psychické změny .....	18
1.3.3 Sociální změny .....	20
1.4 Postoj společnosti ke stáří .....	22
2 PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE .....	24
2.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách .....	25
2.2 Standardy kvality sociálních služeb .....	27
2.2.1 Individuální plánování sociální služby .....	30
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY .....	31
3.1 Senioři trpící chronickým zdravotním postižením .....	32
3.1.1 Rizika spojená s pobytem seniorů v ústavním zařízení .....	34
3.2 Pomáhající pracovníci v pobytových službách .....	36
3.2.1 Stresující faktory pomáhajících pracovníků .....	38
3.3 Sociálně – terapeutické činnosti v pobytových službách .....	40
4 KOMPLEXNÍ ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB .....	42
4.1 Domov pro seniory Vila Maria .....	44
4.1.1 Pomáhající pracovníci a sociálně-terapeutické činnosti v daném zařízení .....	46
5 METODOLOGIE VÝZKUMU .....	49
5.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky .....	59
5.2 Popis zvoleného metodologického rámce .....	50
5.2.1 Zvolený typ výzkumu .....	50



5.2.2	Metody získávání dat .....	51
5.2.3	Metody zpracování a analýzy dat .....	52
5.2.4	Etické a právní problémy a způsob jejich řešení .....	54
6	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU .....	55
6.1	Charakteristika vybraných klientů.....	56
7	VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	58
8	ANALÝZA VÝSLEDKŮ A DISKUSE .....	69
8.1	Analýza výsledků .....	69
8.2	Diskuse .....	73
	ZÁVĚR .....	76
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	77
	PŘÍLOHY .....	1
	Příloha 1 – Kazuistiky vybraných klientů.....	1
	Příloha 2 – Kvantifikační tabulka výroků.....	14
	Příloha 3 – Výzkumné otázky.....	16
	BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE .....	18
	EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY .....	19

## ÚVOD

V diplomové práci se věnuji tématu seniorů se sníženou soběstačností, kteří žijí v pobytovém zařízení a současně přístupem pracovníků, kteří jim v daném zařízení poskytují zdravotní a sociální služby. Vzhledem k tomu, že jsem spolumajitelkou společnosti, která uvedené služby seniorům poskytuje a působím zde i jako sociální pracovnice, pravidelně se s touto problematikou setkávám. Při své sociální činnosti se snažím o uplatnění vlivu vedoucího postavení k řešení problematických situací, které nastávají ve vzájemném vztahu pracovníků a klientů. Seniori žijící v pobytovém zařízení jsou vystaveni mnoha rizikům, která ovlivňují jejich prožívání pobytu, a kterým je možné z větší části předcházet pomocí kvalitně poskytovaných služeb. Jedním z nejdůležitějších faktorů majících vliv na spokojený pobyt seniorů v zařízení je přístup pracovníků v přímé péči, který zohledňuje jejich specifické a individuální potřeby. Pro zlepšení této oblasti je důležité věnovat pozornost i tomu, jak pracovníci prožívají svou práci s klienty, a jakou mají podporu ze strany poskytovatele služeb. Teoretická část práce vychází nejen z odborné literatury, ale i z právních předpisů týkající se dané problematiky. V první kapitole se zabývám charakteristikou stáří, příčinami stárnutí a popisem biopsychosociálních změn, které jsou s tímto obdobím spojeny. Zaměřuji se i na vnímání seniorského věku samotnými seniory a ostatními lidmi s ohledem na aktuální problémy spojené s obdobím stáří, které se týkají společnosti jako celku. V dalších kapitolách podávám přehled legislativního systému poskytování sociálních služeb v České republice s uvedením historického kontextu. Poukazuji i na různá specifika v přístupu k seniorům z hlediska sociální práce v pobytovém zařízení a na stresující faktory zaměstnanců vznikající z náročnosti pomáhající profese. Poslední část věnuji vybranému zařízení poskytujícímu komplexní zdravotní a sociální služby seniorům trpícím chronickým zdravotním postižením. Praktická část diplomové práce se týká výzkumného šetření, které zjišťuje, jak lze zlepšit přístup a vztah pracovníků v přímé péči k seniorům žijícím v Domově pro seniory. Ve výzkumu používám kvalitativní strategii pracující s metodou případové studie. Součástí jsou i kazuistiky vybraných klientů a následná kvalitativní analýza. V závěrečné části shrnuji dílčí výstupy s celkovým posouzením výzkumného šetření.

# 1 STÁŘÍ A SPOLEČNOST

V současné době dochází k výrazným změnám ve struktuře společnosti vlivem *demografického stárnutí*, které je provázeno přibýváním starých lidí po celém světě, k čemuž nejvíce dochází ve vyspělých zemích. Demografickým stárnutím a jeho dopady ve společnosti se v prostředí České republiky zabývá řada autorů zaměřených na problematiku stáří (Ondrušová, 2011; Holmerová, 2007; Kalvach aj., 2008; Haškovcová, 2010; Malíková, 2011; Čevela aj., 2012).

Demografický vývoj charakterizuje stárnutí populace, které probíhá odlišně ve vyspělých a rozvojových zemích. Budoucí vývoj české populace je na základě statistických vyhodnocení charakterizován klesající porodností, snižující se úmrtností, prodlužováním střední délky života a zvyšováním počtu seniorů v populaci, přičemž nejvíce bude přibývat nejstarších seniorů. Tato skutečnost má vliv na zvýšený zájem společnosti o problematiku stárnutí, kvalitu života ve stáří a jeho smysl i v pozdních fázích vývoje člověka (Ondrušová, 2011).

Zvýšený zájem o období stáří se v medicíně projevil například i tím, že došlo k rozvoji nového vědního oboru *gerontologie*, jehož cílem je předcházení nesoběstačnosti a patologickému stárnutí občanů, podpora procesu zdravého stárnutí a zvyšování kvality života ve stáří. Současně se také zvyšují požadavky na vzdělání zdravotnických pracovníků v oboru *geriatrie*, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným lidem vyššího věku, a zaměřuje se především na nemocné seniory se závažným chronickým onemocněním žijících v dlouhodobé ústavní péči (Holmerová, 2007; Ondrušová, 2011).

Kalvach zdůrazňuje, že těmto zásadním populačním změnám musí odpovídat i změna přístupu společnosti k potřebám starých lidí a také proměna oborů a služeb, které původně vznikly především pro mladou populaci. Tomu by měl odpovídat i zdravotnický zájem, který je nutné posunout směrem od základního léčení nemocí ke zvyšování kvality života seniora a jeho soběstačnosti (Kalvach aj., 2008).

Z hlediska demografického vývoje obyvatel České republiky je nutné změnit i *systém zdravotních a sociálních služeb*, které se budou zaměřovat na poskytování dlouhodobé péče (long-term care). V současné době je poskytování dlouhodobé péče systémově nedostatečné, protože v dostatečné míře neodpovídá zdravotním a sociálním

potřebám starších a chronicky nemocných lidí. *Národní program přípravy na stárnutí* v definici dlouhodobé péče zdůrazňuje provázanost všech typů zdravotních a sociálních služeb, s ohledem na prioritu poskytování péče v domácím prostředí uživatelů. Dle projektu by součástí rozvoje dlouhodobé péče měla být i proměna léčeben pro dlouhodobě nemocné a domovů pro seniory (MPSV, 2008, 2010).

Lze tedy konstatovat, že demografické stárnutí populace znamená pro společnost novou výzvu v oblasti poskytování péče seniorům. A to hlavně s ohledem na to, že nejvíce bude přibývat nejstarších seniorů, kteří již většinou mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc a podporu od svého okolí. Systém služeb by se měl změnit ve smyslu přizpůsobení se potřebám jejich uživatelů, kteří vyžadují dlouhodobou zdravotní i sociální péči. Současně je zapotřebí zvyšovat nejen informovanost společnosti, ale i profesionalitu služeb a to i tím, že se pomáhající pracovníci budou vzdělávat v oborech, které se věnují problematice stárnutí.

## 1.1 Charakteristika stárnutí a stáří

V literatuře se lze setkat s mnoha **definicemi stárnutí**. V odborné literatuře se definicím věnuje řada autorů. Dalo by se shrnout, že se téměř všechny zabývají pojmy „*proces*“ a „*změna*“, které jsou pro popis jevu stárnutí stěžejními.

Jedná se o plynulý fyziologický proces, který zahrnuje fyzické i psychické změny člověka. Definici vytvořil Prchlík v roce 1969 (cit. dle Malíkové, 2011, s. 15).

Stárnutí lze považovat za souhrn biofyziologických pochodů, které způsobují změny v organismu. Takto se vyjádřil ke stárnutí Wievegh v roce 1972 (cit. dle Malíkové, 2011, s. 15).

Stárnutí je „*individuální proces, ve kterém dochází k nerovnoměrným změnám v jednotlivých systémech a funkcích organismu*“ (Mühlpachr, 2004, s. 23).

Čevela popisuje stárnutí jako „*neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří*“ (Čevela aj., 2012, s. 114).

Malíková a Haškovcová rozlišují *stárnutí fyziologické a stárnutí patologické*. Fyziologické stárnutí představuje přirozený vývoj člověka od narození až do smrti. Patologické stárnutí probíhá nepřirozeně a dochází při něm k předčasnému snížení soběstačnosti. Každý člověk stárne jinak a také v různých obdobích svého života stárne

různým tempem, někdy je proces stárnutí pomalejší, někdy naopak rychlejší. Přírozené a patologické stárnutí je nutné od sebe odlišovat, protože většina lidí pojímá stáří pouze jednostranně a vidí ho jako nemoc (Malíková, 2011; Haškovcová, 2010).

Čevela dodává, že součástí involučního procesu jsou i adaptační reakce na něj. Důsledkem stárnutí je podle autorů *pokles potenciálu zdraví*, které je charakterizováno zdatností, odolností a adaptabilitou. Zároveň v procesu stárnutí dochází i ke změnám, které jsou projevem nemocí a individuálního způsobu života, a dochází tak často k jejich zaměňování. To dle autora svědčí o tom, že lze životním stylem podpořit zdravé stárnutí a zmírnit průběh involučních změn (Čevela aj, 2012).

Z těchto definic vyvozují, že proces stárnutí probíhá individuálně, je ovlivněn mnoha činiteli, a způsobuje u člověka změny, ke kterým dochází v různém čase a různou rychlostí. Jedná se o nerovnoměrný děj, který, přestože probíhá u každého člověka, nelze jej jednoduše popsat obecně platnou definicí. Souhlasím s tím, že na stárnutí se projeví individuální životní styl, a je proto možné jeho průběh ovlivnit.

Pokud budeme chtít zjistit **příčinu stárnutí**, ani zde neexistuje jednoznačná odpověď. V literatuře se lze setkat s mnoha teoriemi, které se snaží objasnit důvody stárnutí. Teorie se zabývají biologickými změnami a psychosociálními faktory, které je ovlivňují. *Biologické teorie* lze rozdělit na tzv. *stochastické a nestochastické*. V prvním případě se jedná o teorie, které předpokládají, že stárnutí je nahodilý jev, při kterém postupně dochází k poruchám buněčných mechanismů. Za druhé jsou to teorie vysvětlující stárnutí deterministicky, tj. jedná se o proces, který je geneticky předem daný (Malíková, 2011; Ondrušová, 2011; Koukolík, 2014; Troen, 2003).

Troen k biologickým teoriím dodává, že oba teoretické přístupy se navzájem nevylučují, protože během života postupně klesá aktivní genetická kontrola organismu a současně se zvyšuje působení stochastické, tedy nahodilé (Troen, 2003).

Koukolík zmiňuje tři hlavní teorie stárnutí. Podstatou první teorie je *chybná autoimunitní reakce* organismu, kdy imunitní systém napadá části vlastního těla, které pokládá za cizí. Druhá teorie se zabývá *působením virů*, které mohou způsobovat zhoubné nádory. Podle třetí teorie se buňky organismu nedokáží zbavovat *odpadních produktů*, a tím způsobují stárnutí (Koukolík, 2014).

*Sociální teorie* se zabývají postojem společnosti ke stáří, na který má vliv struktura

společnosti a s ní související sociální změny. Starší lidé jsou dle teorií lépe přijímáni ve společnosti, kde je seniorská populace méně procentuálně zastoupena a v opačném případě je vyšší riziko jejich znehodnocování. K nejčastěji uváděným sociálním teoriím patří *teorie aktivity*, *teorie neangažovanosti* a *teorie kontinuity a diskontinuity*, a všechny se zabývají předpoklady udržení spokojenosti i ve stáří (Jarošová, 2006; Malíková, 2011; Ondrušová, 2011).

Přestože nelze jednoznačně vysvětlit, proč stárneme, obecně lze říci, že stárnutí je komplexní děj, který ovlivňuje mnoho činitelů. Kromě biologických faktorů, kterým nelze individuálně předejít, je zajímavé, že na stárnutí a jeho prožívání mají vliv i společenské aspekty závislé na vyspělosti určité společnosti a jejího hodnocení seniorů.

**Vymezení pojmu stáří** není snadné hlavně vzhledem k individuálním odlišnostem člověka. Autoři jej souhrnně označují jako *přirozené vývojové období*, které má své specifické znaky, jimiž se odlišuje od ostatních životních stádií, a které ukončuje lidský život (Jarolímová, 2007; Vágnerová, 2007; Haškovcová, 2010; Čevela aj., 2012).

Období stáří plynule navazuje na předchozí životní etapy a během života se stejný člověk na stáří dívá odlišně, a různě toto období hodnotí (Haškovcová, 2010).

Vágnerová se na stáří dívá jako na životní etapu, která přináší pocit naplnění, nadhled a moudrost. Současně se vlivem stárnutí proměňuje lidská osobnost, ubírá člověku energii a nevyhnutelně směřuje k jeho konci (Vágnerová, 2000).

Pozitivně jej popisuje Čevela: „*Stáří představuje období života, ve kterém může pokračovat všestranný a harmonický rozvoj lidské osobnosti.*“ (Čevela aj., 2012, s. 114).

V literatuře se můžeme často setkat i s pojmem „*umění*“ *stárnout*, který odráží schopnost člověka stárnout, to znamená ovlivnit jeho průběh a být za něj zodpovědný. Za kvalitu života a jeho smysl ve stáří neodpovídá pouze člověk samotný, ale za pozitivní hodnoty ve stáří odpovídá i celá společnost, která by se také měla podílet na přípravě na toto životní období (Malíková, 2011; Haškovcová, 1990).

Souhlasím s tvrzením, že je nutné se na stáří připravovat. Je důležité převzít zodpovědnost za kvalitu svého života už v době, kdy si člověk začíná uvědomovat, že ji může svým životním stylem ovlivnit. Současně je podle mě nutné reflektovat, že jsme všichni součástí společnosti, která jako celek rozhoduje o tom, jak budeme stárnutí prožívat. Stáří se tedy týká všech lidí různého věku a ne jen samotných seniorů.

## 1.2 Časové vymezení stáří a délky života

Periodizace používaná pro **vymezení stáří** je různorodá a v odborné literatuře lze najít i odlišná pojetí lidského věku. Jako hlavní ukazatel stáří je používán *věk kalendářní*, podle kterého je období stáří vymezováno chronologicky, tj. odstupňuje se po patnáctiletých obdobích od narození. Tímto způsobem je stáří rozdělené na střední nebo též zralý věk 45–59 let, vyšší věk nebo také rané stáří 60–74 let, stařecký věk 75–89 let a dlouhověkost 90 let a výše (Dvořáčková, 2012; Haškovcová, 2010).

Řada autorů vymezení vnímá pouze jako pomocný nástroj používaný k praktickým účelům a hodnotí jej jako neodpovídající věku skutečnému. Kalendářní věk nezahrnuje involuční změny, míru soběstačnosti ani změny v sociálních rolích. Autoři přirovnávají skutečný věk k biologickému, jenž označuje míru involučních změn, ke kterým došlo v průběhu stárnutí. Biologický věk zohledňuje individuální rozdíly a odlišné tempo stárnutí u různých lidí (Haškovcová, 2010; Ondrušová, 2011; Říčan, 1990).

V současné době se ke klasifikaci stáří používá také rozdělení seniorské populace na *mladé, staré a velmi staré seniory*. Označení má své opodstatnění v tom, že jednotlivá období ve stáří od sebe nelze striktně odlišit, a proto není vhodné uplatňovat stejná kritéria pro rané a vyzrálé stáří (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Z hlediska sociální práce se seniory je nejpodstatnější rozdělení seniorského věku podle *typických vlastností jednotlivých období*. Mladých seniorů se týká odchod do důchodu a následné hledání náplně volného času. Staří senioři jsou již omezeni sníženou schopností zvládat zátěž, důsledkem čehož může dojít ke ztrátě soběstačnosti. Velmi staří senioři už často vyžadují profesionální péči (Ondrušová, 2011).

Z psychologického hlediska můžeme období stáří rozdělit na *rané stáří* a *pravé stáří*. Rané stáří probíhá od 60 do 75 let, a dle Vágnerové je v jeho průběhu nejdůležitější dosažení integrity, tedy přijetí svého života a přijetí smrti jako jeho součástí. Schopnost dosažení integrity zároveň závisí na tom, jak se člověk vyrovnává s úkoly v předchozích fázích. Pravé stáří probíhá po 75. roce života, kde je již větší riziko vzniku zátěže, která nemusí být subjektivně zvládnutelná. Zvyšují se nároky na adaptaci člověka, přičemž kompetence seniorů se v tomto období značně liší (Vágnerová, 2000).

Je pravda, že existuje rozdíl mezi skutečným a kalendářním věkem. Často se lidé

necítí být tak staří, jak doopravdy jsou, ale to platí i naopak. Záleží na tom, jak ke svému životu člověk přistupuje, a tím pádem i ke svému věku.

Co se týče **určení délky života**, nejčastěji se v literatuře hovoří o *průměrném věku* života. Ten ale dle Haškovcové neodráží jeho skutečnou délku. Jedná se jen o statistický výpočet, který přehlíží skutečnost, že staří lidé žili v každé době. Proto je lepší používat termín *střední délka života*, který říká, jaká je očekávaná doba života neboli naděje dožití. Dnes je termín používán i jako významný ukazatel prosperity státu, jehož populace se dožívá vyššího věku (Haškovcová, 2010).

Průměrný věk se v současné době neustále zvyšuje. Naproti tomu úmrtí až ve stáří bylo v dřívějších dobách spíše výjimečné, lidé se běžně nedoživali tak vysokého věku jako dnes. Vysokého věku se dle Šiklové dožívali jen zvláště schopní jedinci, kteří odolávali nemocem a jiným zátěžím doby, a jež za to byli ostatními lidmi oceňováni. Zvyšování průměrného věku u současné generace je sice pozitivním jevem, ale zároveň je třeba si uvědomit, že není možné zastavit proces stárnutí, který se bude seniorů o to intenzivněji týkat (Haškovcová, 2010; Šiklová, 2013; Ondrušová, 2011).

Ze zdravotnického pohledu zvyšování průměrného věku vysvětluje Kalvach, který reaguje na společenské obavy, zda postupující involuce a zvyšování výskytu chronických chorob nepovede k nárůstu nemocnosti, ošetrovatelských nákladů na péči, a k nízké kvalitě života. Tyto obavy se snaží vyvrátit koncepty úspěšného stárnutí, které vystupují v opozici proti demografické panice a strachu ze stárnutí (Kalvach aj., 2008).

Lze ještě uvést, že s ohledem na historické souvislosti, kdy dříve byla délka života považována u lidí za velmi vysokou hodnotu, je nutné si uvědomit, že v životě je důležitá především jeho kvalita, a to zvláště v dnešní době, kdy se zvyšováním průměrného věku roste pravděpodobnost prožití přibližně třetiny života v období senia.

### **1.3 Změny ve stáří**

V životě každého člověka dochází k mnoha změnám, které jsou spojené s přecházením do dalších životních fází. Zejména v životě seniora se odehrává více změn najednou a v návaznosti na ně pak přichází nutnost hledat nový způsob života (Venglářová, 2007).

Na tyto změny mají vliv biopsychosociální faktory, které Vágnerová dělí na dědičné



dispozice a různé vlivy prostředí. Ve stáří se také projeví způsob prožití předchozích životních období, k němuž patří zejména životní styl daného člověka (Vágnerová, 2000).

Biopsychosociální faktory pak rozhodují o tom, jak bude stárnutí probíhat a jak se s ním člověk vyrovná. Autoři rozdělují životní změny spojené se stářím na *biologické*, *psychické* a *sociální*, které jsou navzájem propojené (Čevela a kol., 2012; Haškovcová, 2010; Kalvach a kol., 2008; Vágnerová, 2000).

### 1.3.1 Biologické změny

K biologickým změnám dochází u lidí různým tempem, s odlišnou intenzitou, a obvykle bývají ovlivněny vyšším výskytem nemocí ve stáří. S přibývajícím věkem člověka lze hůře rozlišit, které změny jsou způsobeny následkem nemoci, a ke kterým dochází přirozeně (Řičan, 1990; Haškovcová, 2010).

Kalvach uvádí hlavní oblasti, jež jsou důsledkem a projevem poklesu zdraví ve stáří: *poruchy regulace tělesných, psychických a imunitních funkcí* - nádorová onemocnění, opakované infekce, autoimunitní choroby a poruchy psychické integrity; *snížená schopnost zvládat větší zátěž a snížená schopnost uzdravení* - zhoršení prognózy chorob, komplikovaný průběh hospitalizace, imobilizační syndrom a úmrtí; *progredující funkční deteriorace (postupný úpadek výkonnosti)* - hromadění pohybových, smyslových, kognitivních a dalších deficitů jako je únava, nevykonnost, omezování a nezvládání aktivit, přičemž míra postupného zhoršování je u lidí odlišná v závislosti na dispozicích, chorobných změnách a způsobu života (Kalvach aj., 2008).

Za typické projevy fyziologického stárnutí považují autoři *celkové oslabení funkcí* organismu, *sníženou schopnost adaptace* na jakoukoliv zátěž a *změnu vnějšího vzhledu* člověka (Malíková, 2011; Řičan, 1990; Haškovcová, 2010).

Změna zevnějšku je stejně individuálně odlišná jako změna biologických funkcí organismu, jinými slovy míra i rychlost proměny vzhledu je u lidí různá. Vágnerová zdůrazňuje také význam osobního postoje ke změnám, protože ve stáří je nutné přizpůsobit se nové situaci a přijmout omezení, která z ní vyplývají. Starší lidé mají zvýšenou tendenci zabývat se svými tělesnými potížemi, čímž se dle autorky snaží získat od okolí větší pozornost (Vágnerová, 2000).

Venglářová spolu s Haškovcovou poukazují na *zaměření odborníků na tělesné*

*stránky* člověka, což může mít za následek neuspokojování skutečných potřeb seniorů, které nemusí být vždy spojeny jen s fyzickými potížemi. Při poskytování zdravotní a sociální péče je kladen důraz zejména na fyzickou a psychickou soběstačnost jedince. Teprve v poslední době se témata zaměřená na stáří začínají dotýkat i zdravých seniorů a zdravého stárnutí (Venglářová, 2007; Haškovcová, 2010).

Souhlasím s názorem, že má být zájem společnosti v souvislosti se stářím orientován i na mladé seniory, kteří zatím netrpí závažnějším onemocněním. Žádný člověk nechce být nemocný a nesoběstačný, ale pokud mu jako zdravému nebude věnována dostatečná pozornost, je možné, že s postupujícím věkem spojeným s přicházejícími nemocemi a narůstajícími omezeními bude mít tendenci přijímat roli pasivního a závislého člověka, který o průběhu svého stárnutí nerozhoduje.

### **1.3.2 Psychické změny**

Lze uvést, že psychické změny, které doprovázejí stárnutí, jsou naší společností méně reflektovány jako typické projevy stárnutí. Haškovcová uvádí, že odborná veřejnost se psychologickým aspektům stáří začala věnovat až ve 20. století. Dříve se lidé více zabývali tělesnými projevy stáří a jejich pozornost se zaměřovala na to, jak změny oddálit, a duševnímu vývoji nebyl přikládán velký význam (Haškovcová, 2010).

Vágnerová a Říčan rozdělují psychické změny ve stáří na *podmíněné* jednak *biologicky* a jednak *psychosociálně*, které mohou být buď součástí normálního stárnutí, nebo se může jednat o příznaky duševního onemocnění. Psychické změny ovlivňují prožívání a chování starých lidí. Podobně jako u biologických změn, je u psychického vývoje těžké odlišit *změny dané přirozeným vývojem* od změn, které vyplývají *z duševního onemocnění* (Říčan, 1990; Vágnerová, 2000).

Autoři se obecně shodují, že v průběhu stárnutí dochází ke *zpomalení životního tempa* a k celkovému poklesu vitality. Zpomalení psychických funkcí, které je typickým znakem stárnutí, je doprovázeno *změnami emočního prožívání*. S tím souvisí také snížený zájem o okolí a větší tendence k uzavírání se před společností (Haškovcová, 2010; Říčan, 1990; Vágnerová, 2000).

Obecně známým znakem stáří je *snížená schopnost adaptace na změny*. Pro starého člověka může zátěž představovat jakákoliv změna, dokonce i pozitivní. Tato snížená

schopnost adaptace na nové situace je dána především stereotypním zaměřením starších lidí, kteří veškeré změny anticipují s pochybnostmi a někdy i s obavami (Vágnerová, 2000; Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Co se týče *změn v inteligenci*, autoři se shodují, že pro starší lidi je typické uchovávání dříve nabytých znalostí a způsobů uvažování, zatímco nové informace zpracovávají se sníženou schopností. S tím souvisí i další typický projev stáří *zapomnětlivost*. Zatímco krátkodobá paměť se u starších lidí zhoršuje, dlouhodobá paměť bývá naopak ve stáří neporušena (Vágnerová, 2000).

V oblasti intelektuální úrovně a paměti seniorů můžeme pozorovat určité paradoxy, kdy starší lidé s přibývajícím věkem dokáží detailně popsat svou minulost, ale nevzpomenou si na některé události včerejšího dne. Zajímavé jsou i poznatky z různých výzkumů, na které poukazuje Haškovcová, a které dokládají, že se intelektuální schopnosti u seniorů nemusí snižovat, naopak mohou narůstat. Přestože se senioři obecně více uzavírají do svého světa, mnohdy u nich vzrůstá zájem o historii a světové dění. Senioři mohou být v tomto období dokonce kreativnější, a to v konkrétních činnostech. „*Prakticky to znamená, že člověk může dovést k virtuozitě své znalosti, ovšem pouze v oboru, kterému se celý život věnoval*“ (Haškovcová, 2010, s. 148).

Za další typický rys stáří autoři považují *zvýraznění povahových vlastností*, kdy se mění nebo zvýrazňují původní rysy osobnosti, přičemž se jedná o pozitivní i negativní vlastnosti člověka. Ke změnám osobnostních rysů nemusí ve stáří docházet automaticky, ale může k nim dojít i díky nezvládnutí základního úkolu ve stáří, jímž je *přijetí smyslu svého života* a dosažení psychické integrity (Haškovcová, 2010; Malíková, 2011).

Přijetí smyslu života a dosažení integrity se stává ve stáří aktuálnější. Dochází k *bilancování prožitého života*, člověk uvažuje nad vším pozitivním i negativním v jeho životě a nad jeho smyslem (Haškovcová, 2010; Ondrušová, 2011; Vágnerová, 2000).

Mnozí lidé se bilancování vyhýbají nebo ho nejsou schopni, protože je často spojeno s tíživými pocity viny, což má negativní dopad na kvalitu jejich života a prohlubuje se u nich depresivní ladění. Vysoká míra depresivity u některých lidí v seniorském věku může mít vliv na *riziko sebevraždy*. Většinou je důvodem k sebevraždě ztráta smyslu života a psychická rezignace seniora (Ondrušová, 2011).

Záleží na každém člověku, jak se vyrovná s potížemi, které postupně přicházejí.

K lepšímu vyrovnání se změnami by přispělo povědomí lidí o *pozitivech stáří*, kterým je dle Haškovcové dosud věnovaná malá pozornost. K pozitivním vlastnostem ve stáří patří rozvážnost, trpělivost, schopnost nadhledu a odpovědného přístupu k životu, stabilní vztahy a názory. Autorka ve shodě s Hogenovou uvádí, že senioři dokáží dobře rozlišovat podstatné věci od nepodstatných a jsou schopni více vnímat detaily. Hogenová zařazuje k výčtu pozitiv spojených se stářím skutečnost, že přináší zvláštní typ svobody, kdy je možné vidět věci v jejich celistvosti a v jejich vlastní podstatě, a to díky uvědomění si blízkosti vlastní smrti (Haškovcová, 2010; Hogenová, 2013).

Obecně bych mohla shrnout, že v průběhu stárnutí se s fyzickými změnami postupně mění i psychika člověka. Není však jasné, které duševní změny jsou způsobeny nezávisle na naší vůli, a které ovlivňujeme naším postojem. Postoj k vlastnímu stárnutí zahrnuje i současnou změnu náhledu na smysl našeho života, což nám tato fáze v podstatě i umožňuje.

### 1.3.3 Sociální změny

Sociální aspekty stárnutí se dotýkají vzájemných postojů a vztahů starého člověka a společnosti. Senioři mohou být z důvodu svého věku více ohroženi rizikovými faktory, ke kterým patří zejména *snížení či úplná ztráta soběstačnosti* (Haškovcová, 2010; Ondrušová, 2011; Malíková, 2011).

Malíková rozděluje sociální vlivy ve stáří na příznivé a nepříznivé. K *příznivým aspektům* řadí dobré rodinné vztahy, ekonomickou stabilitu a účinné nakládání s časem. Jako *nepříznivé vlivy* označuje odchod do důchodu, omezení sociálních kontaktů, zhoršení ekonomické situace, sníženou soběstačnost a osamělost (Malíková, 2011).

Sociální změny lze popsat jako *proměnu a ztrátu sociálních rolí*, které vedou k oslabení individuality a následně k větší závislosti na společnosti (Vágnerová, 2000).

Život budoucího seniora může poznamenat *odchod dětí z domova* v období zralé dospělosti, kdy se rodiče náhle ocitají sami a musí nalézt nový způsob života bez stálé přítomnosti svých dětí. Ve stáří se tedy mění partnerská a rodičovská role člověka, které už nejsou zaměřené na výchovu dětí. Role rodiče však v tomto smyslu bývá často nahrazena novou rolí prarodičů. Důležitá je i profesní role, která pro člověka většinou končí *odchodem do důchodu* (Dvořáčková, 2012; Haškovcová, 2010; Vágnerová, 2000).

K dalším životním změnám, které mají vliv na prožití stáří, řadí autoři *ztrátu životního partnera* a ostatních blízkých osob a vrstevníků. Tyto události mají největší podíl na pocitu osamocení člověka (Ondrušová, 2011; Vágnerová, 2000).

Jednou z nejnáročnějších situací, které mohou potkat člověka ve stáří, je *odchod do ústavního zařízení*, který je spojen se sociální izolací a velkou adaptační zátěží. Senior se musí přizpůsobit novým podmínkám a navazovat nové kontakty. Často přitom dochází k porušení původních mezilidských vazeb, k různým formám deprivace a k narušení autonomie. Senior – klient ústavního zařízení se kromě těchto významných rizikových faktorů může navíc setkat i s nevhodným chováním personálu (Ondrušová, 2011; Matoušek 1999; Holmerová, 2007).

Období stáří je spojeno s *hledáním nové identity*. Vágnerová tento krizový stav člověka popisuje jako nutnost vyrovnat se ztrátami a se zásadní změnou své osobnosti. Autorka hovoří o různých pozitivních a negativních faktorech, které mají vliv na sebepojetí staršího člověka. Jako pozitivní autorka uvádí zejména vliv rodiny zahrnující náležitost k určité skupině a k určitému místu. K negativním vlivům, které ohrožují identitu člověka a mohou způsobit i její ztrátu, patří hlavně závažné nemoci a očekávání vlastní smrti (Vágnerová, 2000).

Proces stárnutí má vliv i na *změnu životních potřeb*, které jsou závislé především na prioritách a individuálních cílech každého člověka. Potřeby se u jednotlivých lidí ve vyšším věku značně liší také z toho důvodu, že prožili již velkou část svého života, a to svým individuálním způsobem. Odborně se tato diferenciací nazývá jako *výrazná heterogenita potřeb seniorů* (Haškovcová, 2010).

Vágnerová zobecňuje potřeby lidí ve stáří, kdy u nich často dochází ke snížení potřeby změny a zvyšuje se *potřeba jistoty a stability*. Senioři se více obávají situací, jako je například onemocnění, ztráta životního partnera či závislost na pomoci druhých. Do popředí tak vystupují *potřeba podpory a bezpečí* (Vágnerová, 2000).

Obecně lze shrnout, že životní změny ve stáří mají vliv na všechny stránky lidského života. Podstatné pro přijetí těchto změn je i přijetí svého životního smyslu, což lze považovat za stěžejní úkol v období stáří. Na průběhu tohoto náročného životního období se významně podílí i celkový postoj společnosti a její schopnost poskytovat seniorům adekvátní a dostatečnou podporu.

## 1.4 Postoj společnosti ke stáří

Každá společnost a její sociální struktura je spojena se vztahy mezi jednotlivými generacemi. Vzájemné vztahy a s nimi i postoj společnosti ke stáří se neustále vyvíjí, od čehož se pak odvíjí i role seniorů a jejich společenský statut (Dvořáčková, 2012).

V dnešní moderní době, pro kterou jsou prioritní hodnoty zaměřené na budoucnost a na technologický pokrok je stáří spojováno zejména se strádáním a s nemocemi, a přirozené změny dané stárnutím jsou vnímány negativně. Haškovcová hovoří o alarmujícím zvyšování nepřátelských postojů ve společnosti. Tato averze vůči stáří, je označována pojmem *ageismus*, který je podstatou diskriminace na základě věku a souvisí se sociálním vylučováním starších lidí (Haškovcová, 2010).

O ageismu píše také Koukolík, který vysvětluje, že jádrem ageistického postoje je strach ze stárnutí a důraz na mládí, které proklamuje naprostou soběstačnost, produktivitu a individualitu (Koukolík, 2014).

Tento diskriminující postoj můžeme ale často pozorovat i u samotných seniorů, kteří jsou jeho terčem, a kteří se s daným přístupem identifikují, což se pak odráží v hodnocení jejich vlastního života (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Zmíněný problém dokládá i výzkum realizovaný v celosvětovém měřítku, který byl zaměřený na postoje seniorů žijících v institucích se zdravotně- sociálními službami, a na postoje jejich pečovatelů ke stáří. Studie ukázala, že pečovatelé pojmají stáří příznivěji než samotní senioři. Podle výsledků senioři na rozdíl od pracovníků více souhlasili s negativními výroky o stáří (Janečková, Dragomirecká a Holmerová, 2013).

Dobbs hovoří v souvislosti s postojem společnosti ke stáří o stigmatizaci seniorů neboli „nálepkování“ (labeling). Dle autora se jedná o diskriminaci založenou na předsudcích a mýtech o stáří, kdy u diskriminovaných osob dochází k ovlivnění těmito postoji, a jejich následnému začlenění do své identity. Autor tento jev spojuje například s pobytem seniorů v ústavní péči, kdy se zatím soběstační pacienti obávají jakéhokoliv zhoršení jejich zdravotního stavu a následně toho, že se ocitnou ve stavu, pro který by mohli být ostatními diskriminováni, proto raději tyto projevy nemocnosti před ostatními lidmi skrývají (Dobbs aj., 2008).

Ke zraňování lidské důstojnosti sice nedochází jen u seniorů, ale senioři představují nejzranitelnější skupinu ve společnosti. Lidé mají tendenci se na ně dívat jako

na pasivní a závislé občany, přičemž tento postoj vypovídá i o míře vyspělosti určité společnosti, která nezohledňuje, že senioři mohou být s ohledem na jejich zkušenosti významnou pomocnou silou při řešení společenských problémů. (Jarolímová, 2007).

Celospolečenský postoj vůči stáří formují i tzv. *mýty o stáří*. Tyto předsudky předávané z jedné tradice na druhou mají značný dopad na pojetí stáří. Přehled nejužívanějších mýtů o stáří v naší společnosti podává Haškovcová. Řadí sem například obecné přesvědčení o materialistickém zaměření staršího člověka, dále mýtus, který považuje všechny lidi v důchodu za staré, také představu o stejných potřebách všech seniorů nebo označení každého důchodce jako neužitečného člověka. Autorka dodává, že jediným způsobem, jak tyto postoje změnit, je naslouchat názorům, potřebám a přáním starých lidí (Haškovcová, 2010).

K nepochopení stáří vede také oboustranná neznalost problémů mladší a starší generace, protože oba dva světy mladých a starších lidí se od sebe čím dál více vzdalují. Haškovcová vidí ve vztahu mladých lidí ke starším určitý rozpor mezi tím, co mladí proklamují, a co skutečně cítí. Lidé v mladém věku většinou sice uznávají hodnotu úcty ke starým lidem, ale většinou se to týká jen okruhu jejich blízkých, a ostatní seniory vnímají spíše negativně. Autorka jako možné řešení navrhuje především vzájemné osobní setkávání obou generací a hovoří též o *dlouhodobé přípravě na stáří*, která by měla být současně přípravou celoživotní (Haškovcová, 2012).

Lze shrnout, že postoj společnosti ke stáří zahrnuje všechny vlivy, které na člověka v průběhu života působí. Vnímání stáří společností je spojeno i s její kulturou a společenskými normami, které se promítají do názorů a sebepojetí každého jednotlivce. Zejména v mladém věku se uplatňuje vliv rodinné a školní výchovy, která by měla být zaměřena především na posilování pozitivního obrazu o stáří.

## 2 PÉČE O SENIORY V ČESKÉ REPUBLICE

V minulosti byli v České republice lidé se sníženou soběstačností běžně izolováni v sociálních a zdravotnických ústavech. Jiná péče kromě ústavní nebyla seniorům poskytována. Systém péče byl založen na rutinním a neosobním přístupu, individuálním potřebám nebyl věnován profesionální zájem. Lidský přístup byl pouze otázkou individuálního přístupu každého pracovníka (Malíková, 2011; Havrdová a Štegmannová, 2010; Haškovcová, 2010).

Ve vývoji pobytových služeb byl nejprve kladen důraz na zajištění zdraví a uspokojení základních materiálních potřeb. Teprve později se rozvíjely složitější formy zdravotní a sociální péče s ohledem na zvyšování průměrného věku a zhoršování zdravotního stavu seniorů (Štegmannová a Havrdová, 2010; Haškovcová, 2010).

Pokud nesoběstační senioři neměli rodinu, jež by se o ně postarala, byli automaticky bez jejich souhlasu umístováni na odděleních pro dlouhodobě nemocné a čekali zde na uvolnění místa v sociálním ústavu. Ústav byl pro člověka vybírán podle spádové regionální příslušnosti a poskytovaná péče byla financovaná pouze státem bez ohledu na její kvalitu. Senior byl většinou pasivním příjemcem služeb, který se musel přizpůsobit režimu zařízení, jeho dosavadním zvyklostem nemusela být ze zákona věnována patřičná pozornost (Malíková, 2011).

Situace se změnila až po roce 1989, kdy začaly být do našeho sociálního systému zaváděny nové strategie péče ve světě již dlouho praktikované. Zásadní změnou byla snaha o deinstitucionalizaci poskytovaných služeb, rozvoj domácí a komunitní péče a vznik koncepcí orientovaných na transformaci sociálních služeb (Haškovcová, 2010).

Principy transformace byly v osmdesátých letech sjednoceny všemi vyspělými státy v hlavní požadavky na změny v sociální péči: *deinstitucionalizace* znamená odklon od ústavní péče k podpoře života v přirozeném prostředí; *desektorializace* je založena na propojení různých forem péče a služeb, například spojení péče zdravotní a sociální, ústavních a komunitních služeb, odborné a laické pomoci; *deprofesionalizace* představuje zapojení a podporu neformálních pečovatелů, hlavně rodinných příslušníků klienta; *demedicinalizace* má přizpůsobit zdravotní služby v ústavní péči přirozenému životu člověka, jeho sociálním rolím a potřebám, dbát na dodržování lidských práv a kvalitu života (Čevela aj., 2012; Haškovcová, 2010).



Koncem devadesátých let se oblast péče o seniory začala zabývat i konceptem kvality života seniorů žijících v pobytových zařízeních. Koncept vznikl jako reakce na převažující medicínský přístup v ústavní péči a rozšířil jej o psychosociální rozměr, který klade důraz na individuální potřeby seniorů (Štegmannová a Havrdová, 2010).

Výsledkem transformačních změn bylo na přelomu 20. a 21. století rozšíření zdravotních a sociálních služeb o třetí pilíř zdravotně - sociální péče reagující na potřeby nesoběstačných lidí se závažným zdravotním postižením, kteří nemohou využívat komunitních služeb, a jsou ohroženi institucionalizací (Čevela aj., 2012).

Z uvedeného historického kontextu vyplývá, že v sociální péči o seniory do roku 1989 převažovala ústavní forma, která již byla v nových podmínkách českého státu neudržitelná. Rovněž kvalita poskytovaných služeb v pobytových zařízeních byla neuspokojivá a bylo zapotřebí celý systém přebudovat v demokratickém duchu a směrem ke světovým trendům.

## **2.1 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

K výraznějšímu posunu v sociální oblasti došlo až s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti od 1. ledna 2007. Zákon přinesl velkou změnu v chápání poslání sociálních služeb a jejich organizací. Legislativně stanovil pojmy *sociálního začleňování*, *sociálního vyloučení* a *přirozeného sociálního prostředí*. Zákon je reakcí na dřívější přístup v poskytování sociálních služeb, přičemž v současnosti se tento přístup mění, a je v něm kladen důraz na autonomii, samostatnost a sociální integraci lidí trpících zdravotním postižením a lidí ohrožených sociálním vyloučením (SZ, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Malíková uvádí zásadní změny, ke kterým došlo s uvedením zákona. Došlo k *transformaci sociálních služeb*, které byly postupně přejmenovány, některé původní služby byly úplně zrušeny např. domovinky. Vznikly také nové formy sociálních služeb, například bezplatné sociální poradenství. Významnou změnou bylo *komunitní plánování sociálních služeb*, což znamená mapování potřeb uživatelů v daném regionu a jejich průběžné hodnocení. Výrazný vliv na situaci v sociální oblasti měla i změna financování poskytovaných služeb, kdy už není veškerá pomoc hrazená státem, ale na poskytování služeb se začínají podílet i nestátní neziskové organizace (Malíková, 2011).

Základní zásady zákona stanovují, že pomoc a podpora poskytnuté pomocí sociálních služeb musí být založeny na zachování lidské důstojnosti, musí vycházet z individuálních potřeb osob, podporovat je v samostatnosti a snažit se o jejich sociální začleňování. Dále služby musí být poskytovány v zájmu osob s ohledem na jejich práva a základní svobody (SZ, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Zákon upravuje podmínky poskytování podpory osobám v nepříznivé sociální situaci pomocí sociálních služeb a příspěvku na péči. Jsou v něm vyjmenovány druhy služeb a rozsah povinných činností, které musí poskytovatel dané služby zajistit. Zákonem se mění i *role sociálního pracovníka*, který má být pro klienta partnerem, jenž za něj nepřebírá odpovědnost. Mění se i požadavky na jeho odbornou způsobilost a další vzdělávání. Nyní je povinen absolvovat vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci, a pokud je vysokoškolsky vzdělaný v jiném oboru, musí absolvovat vzdělávací kurzy v minimálním rozsahu 200 hodin, a splnit podmínku pětileté praxe při výkonu sociálního pracovníka.

Sociální služby nabízené seniorům jsou rozdělené podle místa poskytování na *pobytové, ambulantní a terénní*, přičemž terénní a ambulantní služby stanovené zákonem navazují na zmíněný princip deinstitucionalizace služeb, a umožňují seniorům setrvat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí. Zákon definuje pobytové služby jako služby, které jsou spojené s ubytováním v sociálních zařízeních. Rozlišuje přitom *služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství*.

Služby sociální péče jsou dle zákona určeny osobám, jejichž zdravotní stav je stabilizovaný. Péče je zaměřena na zajištění fyzické a psychické soběstačnosti klientů a jejím cílem je umožnění zapojení klientů do běžného života. V případech, kdy těmto osobám jejich stav nedovoluje žít v jejich přirozeném prostředí, je úkolem služby zajistit jim co nejméně omezující a důstojné prostředí. K pobytovým službám sociální péče, které se zaměřují na seniory, patří odlehčovací služby, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

Cílovou skupinou *domova pro seniory* jsou lidé se sníženou soběstačností, kteří potřebují pravidelnou pomoc od okolí. Zákon zdůrazňuje, že na jejich zhoršené soběstačnosti se podílí hlavně jejich věk. Naproti tomu v *domovech se zvláštním*

*režimem* jsou poskytovány služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z jiných důvodů, a způsob poskytování služeb je přizpůsoben jejich specifickým potřebám. Těmito důvody jsou například chronické duševní onemocnění, závislost na návykových látkách nebo syndrom demence (SZ, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

V pobytových službách určených seniorům je poskytovaná zdravotní a sociální péče, obě oblasti od sebe nelze reálně oddělit, protože problémy z nich vyplývající jsou navzájem propojené a navzájem ovlivňované. V současných domovech pro seniory žijí převážně nemocní lidé, kteří mají zvýšené požadavky na zdravotní péči. Dle zákona má být sociální zařízení pro jeho obyvatele především domovem, a ne léčebnou institucí, což neodpovídá jejich skutečným potřebám (Čevela aj., 2012; Haškovcová, 2010; Havrdová a Štegmánová, 2010, Malíková, 2011).

Z uvedeného vyplývá, že zákon o sociálních službách znamená pro oblast péče o seniory významnou změnu, zásadní je odklon od ústavní péče a vznik jiných typů služeb poskytovaných v přirozené komunitě seniora a také zapojení rodinných příslušníků do celkové podpory klienta. S těmito změnami přicházejí i nové problémy, které je potřeba do budoucna ještě řešit. Například pokud senior se sníženou soběstačností potřebuje péči v ústavním zařízení, měla by mu být poskytnuta komplexní péče bez ohledu na to, zda pobývá ve zdravotnickém nebo v sociálním zařízení.

## **2.2 Standardy kvality sociálních služeb**

Reformy v sociální oblasti vedly současně ke zvýšeným požadavkům na kvalitu v sociálních službách na úrovni všech členských států Evropské unie. Hlavním podnětem pro zvyšování kvality poskytovaných služeb se staly Standardy kvality sociálních služeb vydané MPSV. Kvalita poskytovaných sociálních služeb se ověřuje pomocí standardů, které vycházejí z *Listiny základních práv a svobod*. Přestože se na všechny občany ČR vztahují závazné právní normy, které již ochranu práv zaručují, je třeba zejména u zranitelných skupin, kam patří i uživatelé sociálních služeb, chránit jejich práva a zájmy. Ve standardech jsou zakotveny nezbytné postupy, jejichž dodržování zabrání porušování práv a svobod klientů, ke kterému může zejména v sociálních zařízeních docházet (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011).

Hlavním smyslem standardů kvality je zajistit při poskytování služby *ochranu práv*

jejích uživatelů, ale i pracovníků, kteří tyto služby poskytují. Standardy jsou obecně určeny pro všechny druhy služeb bez rozdílu, proto jsou rozloženy na jednotlivá kritéria, jež musí konkrétní služba splňovat, a podle kterých se hodnotí kvalita poskytovaných služeb (Hrozenková a Dvořáčková, 2012).

Povinnost řídit se předepsanými standardy přímo ukládá zákon o sociálních službách. Každý poskytovatel si je musí upravit pro svou konkrétní činnost s cílovou skupinou tak, aby co nejvíce odpovídaly skutečnosti, a podle toho je i pravidelně aktualizovat. Jedná se o formulaci interních pravidel pro sociální práci poskytovatele, která vymezují požadavky na pracovníky a jejich postoj ke kvalitě poskytovaných služeb v daném zařízení (Malíková, 2011; Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011).

Zavedením standardů kvality začala v oblasti poskytování sociálních služeb platit nová pravidla, která zásadně mění přístup k uživatelům služeb. Principy předepsané ve standardech jsou nejvíce ohroženy v pobytových zařízeních, kde existuje zvýšené riziko zneužívání moci pracovníků vůči klientům (Havrdová a Štegmannová, 2010).

Ochrana práv klientů se prolíná všemi standardy a poskytovatel je tím pádem povinen podávat veřejně informace o své činnosti. Pomocí kritérií je určen rozsah, postup a náplň jednotlivých činností. Současně standardy podporují aktivní zapojení uživatelů služby, kteří si mohou zvolit, jak jim má být služba poskytována, a jak naplňuje jejich očekávání. Při hodnocení kvality poskytovaných služeb se vychází primárně ze spokojenosti jejich uživatelů (Dvořáčková, 2012; Malíková, 2011).

Standardy mohou sloužit také poskytovateli služeb ke srovnání činnosti vlastní organizace s nároky plynoucími ze standardů. Jak uvádí ve svém článku Musil, poskytovatelé mohou být tímto způsobem upozorněni na stávající i nové problémy související se službou, a mohou nalézt návody na jejich řešení. Může se jednat například o otázky odbornosti pracovníků a možnosti jejich podpory nebo o oblast ochrany práv klientů a podmínek práce s nimi (Musil, 2004).

Jedním z nejvýznamnějších standardů kvality sociálních služeb jsou *Pravidla pro ochranu práv klientů sociálních služeb*. Standard požaduje, aby byly služby poskytovány na základě postupů, které *chrání práva klientů* - poskytovatel má povinnost definovat oblasti, ve kterých by k porušení práv mohlo při poskytování služeb dojít, dbát na prevenci jejich vzniku a stanovit možnosti jejich řešení. Tyto obecné

oblasti má poskytovatel dále definovány do konkrétních situací, k nimž v praxi dochází. Většinou se jedná o porušení práv klientů týkajících se zneužívání moci pracovníků vůči klientům nebo omezování samostatného jednání klienta, v němž je obsaženo nějaké riziko (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011).

Lze tedy shrnout, že se uvedené standardy nevztahují jen na ochranu práv klientů, ale chrání i pracovníky, kteří mají k dispozici předepsaný postup, jak o klienty pečovat. Standardy kvality podporují lepší uspokojování potřeb klientů a zajišťují orientaci poskytovatelů na individuální potřeby uživatelů a ochranu jejich práv.

### **2.2.1 Individuální plánování sociální služby**

Individuální plánování péče je jedním ze základních principů reformy sociálních služeb. Standard se zaměřuje na individuální plánování jako na nástroj *osobního přístupu k uživatelům služby*, který je ve světě považován za nejlepší model péče o staré lidi v zařízeních dlouhodobé péče (Havrdová a Štegmannová, 2010).

Cílem individuálního plánování sociální služby je *podpora partnerství pracovníka a klienta*, respektování individuálních potřeb a ochrana práv uživatelů. Je přitom kladen důraz na důstojnost, nezávislost a takovou podporu klienta, která by mu umožnila nezůstat v jeho nepříznivé situaci. Plánování služby je efektivním nástrojem, jak při poskytování sociální služby právě tyto hodnoty vytvářet, a tím podporovat kvalitu života klientů i rozvíjet kulturu organizace (Bicková aj., 2011).

Malíková uvádí důležité aspekty sociální služby, které jsou pozitivně ovlivňovány užitím systému individuálního plánování. *Stanovení osobního cíle* pro klienta pobytového zařízení znamená možnost aktivního zapojení a spolurozhodování o péči, vyšší důvěru k pracovníkům a dostatek informací o poskytované službě. U pracovníků pak zvyšuje profesionalitu v chování a přístupu ke klientům, motivuje pracovníka k osobnímu zapojení do péče o klienta, poskytuje podrobné informace o potřebách konkrétního klienta a zlepšuje jejich vzájemnou komunikaci (Malíková, 2011).

V procesu plánování je nejpodstatnější porozumění *potřebám uživatelů*, které závisí zejména na schopnostech pracovníků, jež by měli mít dostatek času na komunikaci s klientem, a zároveň být schopni aktivního naslouchání a empatie. Na plánování by se měli podílet i aktivizační a sociální pracovníci se stejnými dovednostmi. Ti všichni

mohou plnit úlohu *klíčového pracovníka* a pro dosažení pozitivní změny při zavádění individuálního přístupu do systému péče je nutná i jejich týmová spolupráce a intenzivní komunikace (Havrdová a Štegmannová, 2010).

Klíčový pracovník plánuje službu s každým klientem individuálně, a současně tak, aby jej co nejvíce podporovala v nezávislosti na poskytované službě. Z plánování není vyloučen ani klient, který se díky zdravotním omezením nemůže verbálně vyjádřit ke spokojenosti se službou, a formulovat své potřeby a přání. Pracovníci v kontaktu s ním, i když jinou formou než rozhovorem, službu plánují. Pokud zdravotní stav klienta neumožňuje zúčastnit se plánování služby, mohou být do procesu zapojováni také jeho rodinní příslušníci (Bicková aj., 2011).

Na základě vlastních praktických zkušeností se zaváděním individuálního plánování do systému služeb mohu konstatovat, že pracovníci často nevidí v individuálním plánování přínos a znamená pro ně práci navíc, která je od klientů naopak časově odděluje. Proto velmi záleží na přístupu, jaký k plánování zaujme vedení organizace, a jak jej pracovníkům zprostředkuje. Pracovníci pak k němu mohou přistupovat buď jako ke splnění nezbytné a obtěžující povinnosti anebo mohou být vedením motivováni k většímu zájmu a ke komunikaci s klienty, která by je mohla ke klientům více přiblížit a zlepšit tím nejen jejich informovanost o nich, ale i jejich vzájemný vztah.

### 3 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY

*Sociální práce* je společenskovední obor, který má výrazné praktické uplatnění. Jeho cílem je řešení sociálních problémů, se kterými se jednotliví lidé nebo skupiny potýkají, a snaha o jejich odhalování, vysvětlování a zmírňování prostřednictvím společenské solidarity a podpory lidského potenciálu (Matoušek a kol., 2001).

Sociální práci můžeme vymezit také jako činnost, při jejímž vykonávání se *sociální pracovníci* soustředí na vztahy mezi člověkem a jeho sociálním prostředím. Při této činnosti pomáhají lidem orientovat se v jejich životní situaci a postupně překonávat její obtíže tím, že tyto vztahy poznávají a aktivně ovlivňují. Od ostatních oborů se liší převážně tím, že používá specifické metody k tomu, aby mohla dosáhnout podpory sociálního fungování člověka, a zároveň zajistit, aby prostředí, v němž člověk žije, odpovídalo jeho potřebám a jeho schopnostem (Musil, 2004).

Sociální pracovníci spojují na jedné straně klienty s jejich přirozenou komunitou a současně spojují při řešení sociálních problémů odborníky z ostatních profesí do multidisciplinárních týmů a zabezpečují jejich vzájemnou komunikaci (Hanuš, 2007). Autoři se shodují, že stěžejním nástrojem v sociálních službách je *osobnost pomáhajícího pracovníka*. Projevem kompetencí sociálního pracovníka jsou odborné znalosti a k jeho základním dovednostem patří schopnost sebereflexe, citlivý přístup a předávání hodnot. Pomáhající pracovníci přijímají v rámci své profese odpovědnost za druhé lidi, kterým mají poskytovat práva odvozená od základních lidských práv, jež jsou jim garantovaná státem (Havrdová a Štegmannová, 2010; Kopřiva, 2006).

Profesionalita sociálního pracovníka spočívá v poskytování rad, informací a návrhů řešení konkrétních situací s ohledem na individuální potřeby klientů. Tato činnost je vymezena nejen pomocí zákonů, profesních standardů, ale i vnitřními pravidly poskytovatele sociálních služeb, při které mají být prioritou práva a zájmy klientů a umožnění jejich participace na rozhodování o službě (Matoušek a kol., 2001).

Sociální práci je tedy možné popsat jako praktickou pomáhající činnost, která má svůj teoretický základ ve společenských vědách a je upravena legislativně. Uplatňuje se při ní osobnost pomáhajícího pracovníka, který má zároveň na starosti i iniciaci spolupráce ostatních odborníků podílejících se na poskytování pomoci potřebným.

### 3.1 Senioři trpící chronickým zdravotním postižením

Autoři se shodují na tom, že nemoci i jejich prožívání ve stáří mají svá specifika a probíhají jinak než u mladých lidí či lidí středního věku (Kalvach aj., 2008; Haškovcová, 2012; Holmerová, 2007; Čevela aj., 2012).

**Polymorbidita** - choroby starých lidí bývají zřetězeny, jsou chronického rázu a navíc jsou komplikovány různými zvláštnostmi. Tím, že u seniorů dochází k řetězení více somatických a psychických poruch, zvyšuje se potřeba užívání farmakoterapie, která má ve vyšším věku svá specifika. K nim patří i tzv. *polypragmázie*, která je způsobena užíváním mnoha léků najednou a projevuje se vznikem mnoha nežádoucích medikačních účinků. Proto je bezpečná a účelná farmakoterapie jedním z nejdůležitějších ukazatelů kvality zdravotní péče ve stáří.

**Geriatrická deteriorace** – snižování potenciálu zdraví, které vede postupně až k jeho celkovému úpadku, tento jev má mnoho příčin a je věkově podmíněný. Dochází při něm ke zhoršování zdravotního stavu člověka a k přibývání zdravotních problémů a funkčních nedostatků. Kalvach popisuje dílčí fáze deteriorace, k nimž náleží zejména geriatrická křehkost a disabilita, během kterých se postupně snižuje soběstačnost člověka a zvyšuje se jeho závislost na pomoci okolí (Kalvach aj., 2008).

**Geriatrická křehkost** - pokročilá fáze deteriorace, která má již závažné psychosociální důsledky. V literatuře je pojem geriatrická křehkost často uváděný. Například podle Topinkové znamená pokles fyziologických funkcí, zejména úbytek svalové a kostní hmoty, a je spojen s větší mírou rizika a zranitelnosti. Křehkost je charakteristická zhoršenou pobyblivostí, snížením svalové síly a výkonnosti, a rizikem vývoje disability. Jako velmi nepříznivý sociální důsledek tohoto syndromu autorka uvádí nutný dlouhodobý pobyt v ústavní péči (Topinková, 2005).

**Disabilita** - pozdní a nejzávažnější fáze deteriorace, kterou je možné chápat jako *chronické zdravotní postižení*, tj. dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, který omezuje aktivitu člověka a narušuje jeho sociální role. Může být způsobena jednorázovou událostí, například cévní mozkovou příhodou nebo k ní může vést zmíněná polymorbidita a geriatrická křehkost. Jejím důsledkem je ztráta soběstačnosti, někdy i ztráta sebeobsluhy (Kalvach aj., 2008).

**Geriatrické syndromy** - projevy deteriorace nejsou vázány na určitou chorobu,



a jsou proto označovány jako syndromy, které se u starých lidí opakovaně vyskytují. Syndromy jsou typické v klinickém obrazu mnoha pacientů v dlouhodobé ústavní péči. Kalvach v této souvislosti uvádí například syndrom imobility, instability, inkontinence, maladaptace, deliria, demence, anorexie a malnutrice, týrání apod. (Kalvach aj., 2008).

**Neoddělitelnost zdravotní a sociální situace seniora** - uvedené syndromy negativně ovlivňují kvalitu života starého člověka, protože výrazně snižují jeho schopnost se uzdravit i z banálních onemocnění. Podstatně tak mění soběstačnost seniora a činí jej závislým na pomoci druhých. Častá je v těchto případech nutnost institucionální péče, kde jsou tyto syndromy metodickým východiskem při komplexní zdravotně - sociální péči o křehkého geriatrického pacienta (Čevela aj., 2012).

**Odlíšný průběh nemocí ve stáří** - tyto zvláštnosti blíže popisuje Kalvach, jde např. o nepřítomnost bolesti, nenápadnost projevů nemoci, překrývání příznaků nemoci, opakování a komplikace nemocí apod. Podle autora roste s věkem závažnost těchto onemocnění, které mají často atypický průběh. Někdy dochází k jejich vzájemnému propojování a ovlivňování, čímž vyžadují nejen specifický preventivní ošetrovatelský režim, ale také aktivní podporu ve smyslu klientovy motivace, důstojnosti, sebeúcty a prožívané životní smysluplnosti (Kalvach aj., 2008).

**Psychosomatické projevy** - stres a psychická onemocnění navozují předčasně somatické poruchy a naopak somatické poruchy způsobují poruchu psychických funkcí. Kalvach uvádí například tyto psychosociální vlivy: hospitalizace, pohybová omezení, sociální izolace, depresivní porucha, osamělost, nevhodné a ponižující zacházení při ošetrování, nepodpůrné prostředí, nízká míra citové podpory, ztráta sociálních rolí, ztráta sebeúcty, ztráta životního smyslu, nahromadění psychosociálních stresorů ve stáří – důchod, ovdovění, omezení soběstačnosti (Kalvach aj., 2008).

Kalvach zdůrazňuje, že by z výše uvedených důvodů měla být u seniorů kromě nemocí řešena také porucha soběstačnosti, kvalita života, snížená adaptace apod. Autor upozorňuje, že jde o naplnění definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace, která zní: „*Zdraví je více než nepřítomnost nemoci*“. Proto by měl být kladen důraz zdravotních a sociálních služeb na podporu osobnostní integrity člověka a zachování jeho autonomie (Kalvach aj., 2008, s. 43).

Pro potřebu lepší orientace v míře soběstačnosti seniora byla vydána také vyhláška

505/2006 Sb., která tvoří přílohu zákona o sociálních službách. Ve vyhlášce jsou definovány a popsány jednotlivé sebeobslužné aktivity. Schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se hodnotí v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby. Za omezení soběstačnosti je považován stav, kdy člověk potřebuje ve vyjmenovaných aktivitách pomoc nebo také dohled jiné osoby. Podle počtu základních životních potřeb, u nichž bylo posouzeno, že je daný člověk není schopen zvládat, se stanoví stupeň závislosti člověka na pomoci jiné osoby, a je mu přiznána odpovídající výše příspěvku na péči (SZ, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Na základě všech uvedených zdravotních a sociálních aspektů lze uvést, že senioři, kteří jsou uživateli pobytových sociálních služeb, jsou částečně nebo zcela nesoběstační, a obvykle se u nich projevuje pokles funkčních činností z důvodu chronické nemoci nebo věku. Zákon o sociálních službách stanovuje kritéria hodnocení míry soběstačnosti u těchto lidí, a vzhledem k závažnosti postižení seniorů žijících v pobytovém zařízení, jsou tudíž převážně hodnoceni jako osoby, kteří jsou závislí na pomoci okolí ve třetím a čtvrtém stupni, tedy s těžkou či úplnou závislostí.

### **3.1.1 Rizika spojená s pobytem seniorů v ústavním zařízení**

Nutnost dlouhodobého nebo trvalého umístění v pobytovém zařízení z důvodu snížené soběstačnosti s sebou přináší mnoho rizik. Za nejzávažnější riziko dlouhodobé péče bývá považován tzv. *hospitalismus* či *institucionalizace*. Jedná se o proces, v jehož průběhu se člověk postupně stává závislým na pomocné instituci a dochází ke změnám jeho sociálních rolí, chování a hodnot, které postupně přizpůsobuje hodnotám organizace (Matoušek, 1999; Vávrová, 2012).

Vávrová uvádí, že veškeré aktivity, které v institucích probíhají, mají *kolektivní charakter*, probíhají na jediném místě za přítomnosti dalších lidí, podle daného časového harmonogramu a pod dohledem osob k tomu určených. Naproti tomu člověk ve svém přirozeném prostředí vykonává životní aktivity podle vlastních představ, bez dohledu druhých osob a na různých místech. Navíc má zachovány rodinné a přátelské vztahy s lidmi, kteří jej obklopují (Vávrová, 2012).

Další riziko ústavního pobytu představuje *snížení nároků a omezení podnětů*, což způsobuje ztrátu zájmu o okolí a zhoršení schopnosti komunikace. *Stereotypní prostředí*

způsobuje zvýšení únavy a snížení tolerance v chování. Dlouhodobě hospitalizovaní lidé mají tendence být vztahovačnější, agresivnější a více sugestibilní. Může se u nich stupňovat uzavřenost a obranné chování. Citelná je *ztráta soukromí*, kdy je člověk nucen sdílet určený prostor s lidmi, které si sám nevybral. Senior se musí neustále přizpůsobovat jak režimu zařízení, tak potřebám ostatních klientů (Matoušek, 1999).

V pobytovém zařízení jsou klienti také ohroženi *neprofesionálním přístupem personálu*, který může mít různé formy a různou intenzitu. Závažné je v tomto ohledu zejména zneužívání klientů a šikana, které se mohou objevovat i mezi klienty navzájem. Kalvach hovoří v souvislosti s ústavní péčí o *zanedbávání a nevhodném zacházení s klienty* (anglický termín elder abuse), jehož podstatou je nepochopení pacientů s geriatrickou křehkostí a nepřizpůsobení se jejich specifickým potřebám. Autor považuje dlouhodobou ústavní péči z tohoto pohledu za velmi rizikovou oblast z důvodu zvýšené zranitelnosti a bezbrannosti těchto lidí (Kalvach aj., 2008).

Názorným příkladem je výzkumná studie Dobbse, zabývající se stigmatizací starších lidí žijících v ústavní péči. Výsledky výzkumu dokládají, že diskriminace seniorů v ústavní péči je běžným jevem a vyskytuje se i mezi klienty navzájem. Studie se zabývá tématem ageismu v dlouhodobé péči, který se týká různých předsudků ve vztahu k postižení a k onemocnění seniorů. Ageismus zde představuje zvýšenou diskriminaci klienta od personálu a od ostatních klientů vzhledem k druhu jeho postižení, kdy závažnější forma negativního postoje je u kognitivních postižení. Dále tento postoj zahrnuje používání infantilizující mluvy vůči uživatelům (tzv. elder speak); chování personálu ke klientům, jako by byli neviditelní; chování ošetřujícího personálu, které omezuje kvalitu života klienta z důvodu usnadnění práce personálu; kolektivní aktivity, jež jsou nepřizpůsobeny individuálním potřebám klientů a nevhodné zařazení aktivit odpovídajících jednoznačně dětskému věku (Dobbs et al., 2008).

Vzhledem k uvedenému lze konstatovat, že pobytové služby představují pro jejich uživatele kromě poskytnuté pomoci mnoho rizik, které mohou mít i velice závažnou podobu. Některým z těchto rizik jako je institucionalizace nelze z důvodu nutné hospitalizace předejít, ale lze zmírnit jejich vliv pomocí respektování zmíněných standardů kvality a užívání sociálně - terapeutických metod při péči o klienty.

### 3.2 Pomáhající pracovníci v pobytových službách

V pobytových službách pro seniory je jejich poskytování zajištěno *zdravotnickými a sociálními pracovníky*. Nižší zdravotničtí pracovníci jsou nazýváni jako *pracovníci v sociálních službách* a plní tak činnosti zdravotnického i sociálního charakteru (Havrdová a Štegmánová, 2010; Malíková, 2011).

*Kvalifikační požadavky* pro výkon *pracovníků v sociálních službách* jsou určeny zákonem o sociálních službách. Pracovník v sociálních službách může mít pouze základní vzdělání, ale je povinen absolvovat specializační kurz, jehož náplň je stanovena v zákoně. Kromě toho má povinnost si dále doplňovat kvalifikaci pomocí akreditovaných vzdělávacích kurzů (SZ, Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

*Kvalifikaci zdravotnických pracovníků* upravuje zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, předpis č. 96/2004 Sb. V pobytových službách k nim patří *vrchní sestra, všeobecná sestra, fyzioterapeut a ergoterapeut*. Pracovníci se řídí zdravotnickými předpisy a dále postupují dle norem a smluvních dohod se zdravotními pojišťovnami. Zároveň se na jejich práci vztahují principy stanovené zákonem o sociálních službách. Při poskytování pobytových služeb je také nutné dodržovat etické normy, které ovlivňují způsoby práce a vztahy mezi pracovníkem a klientem, a rovněž vzájemné vztahy mezi pracovníky, organizací a společností. Proto byly pro jednotlivé profese pracovníků schváleny oficiální *etické kodexy*. Jedná se zejména o *Etický kodex sociálních pracovníků, Mezinárodní etické principy sociální práce, Etický kodex sester a Etický kodex zdravotnického pracovníka* (Malíková, 2011).

Na přístupu pracovníků ke klientům se významně podílí sdílení hodnot organizace s hodnotami pracovníků. K tomuto závěru dospěli ve svém výzkumu Havrdová a Šafr, kteří se zaměřili na změny v sociálních službách, a následnou nutnost změny přístupu pracovníků ke klientům v domovech pro seniory. Zjistili, že k nastolení nového přístupu je nutná změna nejprve na úrovni vedení organizace poskytující sociální službu, což má zároveň i vliv na spokojenost a důvěru jejích zaměstnanců (Havrdová a Šafr, 2010).

Haškovcová popisuje etické principy jako obecné hodnoty systému zdravotních a sociálních služeb, které se promítají do každodenních činností pečujících pracovníků. Pracovníci mnohdy nemají z důvodu nepřehlednosti tohoto systému jistotu ve svých kompetencích, a chybí jim jasná prezentace hodnot, s kterými by se mohli ztotožnit.

Etické kodexy situaci dle autorky zlepšují a představují pro pracovníky určitou oporu. Zavazují člověka k používání určitého žádoucího přístupu, ale je nutné zde připomenout, že reálné praktické poskytování péče ovlivňují jen zčásti, a nelze na ně spoléhat jako na definitivní řešení etických otázek, které se v praxi objevují (Haškovcová, 2010).

Možný postup při řešení etických problémů a dilemat navrhuje pomáhajícím pracovníkům Reamer. Dle autora je důležité dilemma nejdříve pojmenovat, poté si představit všechna možná řešení a jejich pozitivní i negativní dopady. Podstatné přitom je si uvědomit vliv našeho jednání nejen na zúčastněné osoby, ale na hodnoty celé společnosti. Autor hovoří i o přínosu supervizí a týmových porad, kdy by se pracovník neměl řídit jen doporučeními obsaženými v etickém kodexu, ale vnášet do řešení problému také své vlastní hodnoty a postoje (Reamer, 1995).

Podobný návod k postoji pracovníka k etickým kodexům a také profesním standardům nabízí Kopřiva. Autor poukazuje na rozdíl mezi prostým dodržováním principů a ohledem pracovníků k prožívání klientů. K tomu, aby člověk chápal svět druhého, nestačí se jen řídit danými pravidly. Kromě toho by měl pomáhající pracovník dbát i na své osobní prožívání pomocí sebereflexe a supervize k získání náhledu a podpory při své činnosti. Supervize může pracovníkovi také pomoci se zvládnutím stresu a povzbudit jej k dalšímu pozitivnímu rozvoji (Kopřiva, 2006).

Dle Čevely může být poskytovaná pomoc klientům chápána jako *podpora* nebo jako *péče*. Zatímco podpora aktivně zapojuje podporovaného člověka a využívá jeho dovedností k účasti na činnostech, nadměrná péče aktivitu člověka tlumí. V pobytových službách dochází k prolínání obou typů, podíl péče se zvyšuje ve vztahu k závažnosti zdravotního postižení, ale přispívají k němu i jiné okolnosti. Vliv mají nedostatečně přizpůsobené podmínky prostředí, nezáměr a pohodlnost pracovníků, na druhé straně však i pasivita podporovaného člověka, jeho nízká motivace nebo nižší schopnost adaptace (Čevela aj., 2012).

Principy poskytování pomoci, které zmiňují v rámci pobytových služeb Čevela, korespondují se základními zásadami vyjádřenými v **Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, kterou předkládá Makovcová. Úmluva představuje nejvyšší standard ochrany práv lidí s postižením.** Základní zásady jsou obsaženy v čl. 1 a v čl. 3, které lidem se zdravotním postižením zajišťují podporu a rovnocennou

ochranu všech lidských práv a svobod. Přitom má být respektována přirozená důstojnost a potřeba samostatnosti lidí, kteří mají právo na svobodné rozhodnutí. Jedním z nejdůležitějších ustanovení je čl. 12, který je vyjádřením změny celkového přístupu k lidem s postižením, a to od vnímání osoby s postižením jako objektu pomoci k jeho uznání jako subjektu se svými právy (Makovcová, 2010).

Z výše uvedeného vyplývá, že při poskytování pomoci klientům v pobytových službách má dodržování etických principů zásadní význam. Pracovníci ale často nevědí, jak se postavit k situacím, které jsou eticky rozporné, a nemají jednoznačná řešení. Je třeba připomenout, že snaha vždy dodržet správné pracovní postupy bez zdravého lidského rozumu a citlivého vnímání výchozí situovanosti klienta může vést i k nezohlednění jeho skutečných potřeb. Proto je důležité, aby poskytovatel věnoval zvýšenou pozornost podpoře a vzdělávání pracovníků v souladu s deklarovanými principy, které chrání práva lidí s postižením, a současně, aby pracovníky systematicky a prakticky seznamoval s možnými řešeními morálních dilemat.

### **3.2.1. Stresující faktory při práci pomáhajících pracovníků**

K pomáhajícím profesím patří zdravotníci, sociální pracovníci, psychologové, pedagogové, terapeuti a všichni profesionálové, kteří pracují s lidmi na základě vztahu, a kteří při této činnosti používají vlastní osobnost. Základem pomáhající profese je zejména ochota pomáhat druhým lidem. Náročné požadavky na danou profesi mohou působit u pracovníků nepřiměřenou zátěž, která může vést až k jejich úplnému vyčerpání. Nároky souvisejí také s profesní etikou a nutností jejího dodržování (Jankovský, 2003; Quisová, 2009; Kopřiva, 2006).

Kopřiva rozlišuje různé formy angažovanosti pomáhajícího ve vztahu ke klientovi a vyzdvihuje nutnost *respektování hranic mezi pracovníkem a klientem*. I angažovaný pracovník může tyto hranice porušovat, na jedné straně direktivním postojem vůči klientovi nebo naopak přehnanou péčí o klienta. Autor pomáhajícím pracovníkům doporučuje přijmout u sebe i negativní pocity ve vztahu ke klientovi, čemuž předchází nutnost přijetí negativních stránek vlastní osobnosti (Kopřiva, 2006).

V literatuře se objevuje pojem *syndrom pomáhajících*, který znamená narušené prožívání pracovníka způsobené osobním traumatem. Pokud takový pracovník

neabsolvuje sebezkušnostní výcvik a supervize, v nichž by si trauma zpracoval, může jeho vlivem docházet k poškozování klientů (Quisová, 2009; Matoušek, 2003).

V souvislosti s náročností pomáhající profese je nutné se zabývat také *syndromem vyhoření*, jenž u těchto pracovníků vzniká jako důsledek nadměrné zátěže spojené s dlouhodobým pomáháním druhým. Projevuje se celkovým vyčerpáním a negativním postojem k sobě, ke svému okolí a především k práci (Jankovský, 2003; Quisová, 2009).

Maroon považuje syndrom vyhoření za kumulativní proces s postupným vrstvením stresových situací, a jejich následného nezvládnutí. Příčinou může být rozdíl mezi očekáváním člověka na jedné straně a realitou pracovního dne na straně druhé. Uplatňují se zde *vnější vlivy* jako například prostředí, složení klientů, a *osobnostní předpoklady*, k nimž autor řadí například úroveň dosažené sebedůvěry, schopnost sebeovládání a schopnost organizace práce (Maroon, 2012).

Autoři rozlišují jednotlivé *fáze vývoje syndromu vyhoření*. Na začátku je přítomné nerealistické očekávání a nadšení pracovníka pro práci, při konfrontaci s realitou však u něj postupně dochází ke stagnaci, následně pak člověk upadá do období frustrace a znechucení a nakonec se stává úplně apatickým (Jankovský, 2003; Quisová, 2009; Kopřiva, 2006; Maroon, 2012).

Velmi významná je tudíž *prevence syndromu vyhoření*. Jankovský uvádí psychohygienu, jako schopnost pozitivního přeladění, či motivaci k pozitivnímu očekávání každodenní smysluplnosti práce, dále techniku reidentifikace – neboli umění oprostít se od problémů, s kterými je při práci naopak nutné se identifikovat. Neméně důležité je dle autora i využití principu tzv. rotování odpovědnosti, což znamená přiměřené rozložení zátěže na všechny pracovníky, stejně jako i možnost opory např. v náboženské víře (Jankovský, 2003).

Jedním z nástrojů prevence syndromu vyhoření je *soustavné vzdělávání pracovníků* pomocí specificky zaměřených výcviků, například učení dovednostem v komunikaci s klientem. K reflexi vlastního prožívání a podpoře osobnostního i profesního rozvoje slouží *sebezkušnostní výcviky a supervize*. Supervize může být individuální nebo skupinová. Pomáhá k uvědomění a vyřešení vnitřního konfliktu pomáhajícího, který nastává v případě nespokojenosti pracovníka s postupem a prožíváním kontaktu s klientem. V rámci supervize lze řešit i problémy pracovníků ve vztahu k organizaci,

ke spolupracovníkům apod. (Kopřiva, 2006).

Quisová zmiňuje jako zdroj prevence stresu i *sociální oporu*, kterou člověku poskytuje jeho rodina, přátelé a zájmové činnosti. Důležité je i vlastní vnímání hodnoty práce, která by neměla být jediným cílem a smyslem života (Quisová, 2009).

Matoušek jmenuje další oblasti, které významně přispívají k prevenci stresu: srozumitelné a výslovné poslání organizace, jednoznačná definice profesionální role a náplně práce, důkladné seznámení s metodami práce, podpora ve vedení pracovníků, možnost využití profesionálního poradenství v instituci nebo jinde, podpora vzdělávání ze strany organizace, průběžná supervize, omezení administrativní zátěže a kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi (Matoušek, 2003).

Z výše uvedeného je zřejmé, že pomáhající pracovníci v pobytovém zařízení jsou vystaveni velkému stresu a jsou ohroženi stavem úplného vyčerpání. Jejich činnost je náročná zejména s ohledem na jednotlivé vztahy, které pracovník ke klientům prožívá, a které zasahují do jeho osobního života. Je důležité naučit se dodržovat určité hranice v těchto vztazích, a k tomu mohou být velmi nápomocné různé formy profesionální podpory pomáhajícím pracovníkům nabídnuté ze strany poskytovatele služeb.

### **3.3 Sociálně – terapeutické činnosti v pobytových službách**

V pobytových službách využívají pomáhající pracovníci různých metod a přístupů, kterými lze zlepšit celkový zdravotní a duševní stav klientů. Zlepšení se může projevit na fyzické úrovni, například ovlivněním kvality spánku a vnímání bolesti, a také může významně pozměnit psychický stav seniora. Socioterapeutická podpora zlepšuje prožívání, kognitivní schopnosti a psychickou stabilitu klientů (Malíková, 2011).

Kopřiva zdůrazňuje *osobnost a vztah pomáhajícího* jako základní prvek při poskytování pomoci. Autor uvádí způsob *komunikace pracovníka s klientem*, ve které může být použito různých intervencí, jež představují direktivní postoj k člověku nebo naopak jeho podporu. Autor doporučuje v rozhovoru používat *otázky*, které klienta vedou k vyřešení problému nebo *rezonanci*, která pouze odráží klientova vlastní slova a vyžaduje schopnost aktivního naslouchání (Kopřiva, 2006).

Techniku *aktivního naslouchání* blíže popisuje Quisová, která je dle autorky v pomáhající profesi nezbytnou dovedností. Nedílnou součástí této komunikační



techniky je schopnost empatie. Jedná se v podstatě o zúčastněné naslouchání, kdy se pracovník nesnaží pouze porozumět obsahu sdělení, ale porozumět klientovi i pocitově, a aktivně se pomocí speciálních technik na rozhovoru podílet (Quisová, 2009).

Příkladem individualizovaného přístupu k seniorům je *koncept bazální stimulace*, který vyvinul německý pedagog Fröhlich. Autor hovoří o bazální komunikaci, která představuje fyzickou blízkost k ostatním lidem a k prostředí, koncept je tudíž zaměřený na vnímání, pohyb a komunikaci fyzického těla. Bazální stimulaci lze vnímat jako celostní holistický přístup k člověku, který směřuje k uvědomění si hranic vlastního těla a zprostředkovává člověku zážitky a dojmy z jeho pohybu (Fröhlich, 1991).

Další užívanou metodou při práci se seniory v pobytovém zařízení je například *reminiscenční terapie*. Malíková popisuje techniku reminiscence jako záměrné vyvolávání vzpomínek klienta na životní události, které vnímá pozitivně. Tato metoda je přínosná zejména u klientů se zachovanými kognitivními funkcemi a pomáhá jim prožívat kladné emoce, což příznivě ovlivňuje psychický stav klientů. Jako součást této metody je možné rovněž uzpůsobit vnitřní vybavení zařízení tak, aby odpovídalo době z klientova mládí. (Malíková, 2011; Jiráková, 2009).

Podpůrné jsou u nemocných seniorů i *fyzioterapie a ergoterapie*, které působí v oblasti narušené pohyblivosti a také v psychické oblasti, kde rozvíjejí citové, kognitivní funkce a sociální citění. Současně přispívají k rozvoji motoriky, verbální i neverbální komunikace, zlepšují orientaci v prostoru, koncentraci a duševní rovnováhu. Při práci se seniory se velmi uplatňuje i *duchovní opora*. Spirituální podporu často potřebují i lidé bez náboženského vyznání, která jim může pomoci porozumět jejich životu a jeho smyslu. Při poskytování pomoci je zároveň potřeba zajistit věřícím lidem kontakt s jejich církví a jejími tradicemi (Malíková, 2011).

Lze tedy shrnout, že uvedené podpůrné metody mohou výrazně přispět k lepšímu prožívání klientů. Existují určité základní metody při práci s klienty, bez jejichž používání se pracovníci při profesionálním pomáhání klientům neobejdou. Kromě toho je možné a žádoucí v zařízení poskytovat i další terapie, kterými lze zlepšit kvalitu života klientů. Důležité je, aby podpora byla poskytována s ohledem na jejich individuální potřeby a zvyklosti. Zároveň je nezbytné ze strany poskytovatele služby zajistit, aby nedocházelo ke zneužívání či týrání klientů pracovníky v přímé péči.

## 4 Komplexní zařízení zdravotních a sociálních služeb

Soukromé zařízení s názvem DOP – HC, s.r.o. v Dolním Rychnově u Sokolova nabízí zdravotní a sociální péči lidem s chronickým zdravotním postižením a se sníženou soběstačností. Organizace poskytuje tuto péči ve třech typech pobytového zařízení, kterými jsou: Léčebna pro dlouhodobě nemocné (DOP - Dům ošetrovatelské péče), Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem (Vila Maria). Další péči zajišťuje dvěma terénními službami v podobě: Zdravotní domácí péče (HC – Home Care) a Pečovatelské služby. Komplex služeb je spojen organizačně i místně a ke klientům je uplatňován jednotný přístup řídicí se již dříve deklarovanými etickými principy. Spojení více druhů služeb v různých prostředích je účelové. Péče, která je primárně poskytována v léčebně, může následně pokračovat v domácím prostředí nebo v sociálním zařízení (DOP-HC, 2005-2015).

**V léčebně pro dlouhodobě nemocné**, která funguje od roku 1998, je poskytovaná komplexní lékařská zdravotní péče včetně rehabilitace lidem s chronickým zdravotním postižením s kapacitou 83 lůžek. Zdravotní péče je určena pacientům, kteří po akutní léčbě potřebují následnou péči, anebo klientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou hospitalizaci. Léčebna získala v roce 2007 certifikát kvality Akreditovaného zdravotnického zařízení od Spojené akreditační společnosti ČR, a již třikrát jej od té doby úspěšně obhájila. Díky akreditaci se v léčebně podařilo standardizovat pracovní a ošetrovatelské postupy, a tím snížit rizikové faktory, které by mohly ohrozit bezpečí pacientů a kvalitu péče.

Sociální služby v **domově pro seniory a domově se zvláštním režimem**, jejichž provoz byl zahájen v roce 2007, jsou určeny seniorům se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo z důvodu chronického zdravotního postižení s celkovou kapacitou 40 lůžek. Zvláštní režim je poskytován klientům trpícím demencí, kteří jsou zcela nesoběstační, a u nichž se projevuje pokles funkčních činností a deficit v oblasti poznávacích funkcí. Společnost DOP-HC zajišťuje také v rámci sokolovského regionu **domácí zdravotní péči** lidem se sníženou soběstačností, která vznikla jako první z poskytovaných služeb v rámci organizace v roce 1993. Od roku 1995 navštěvuje každoročně více než 600 klientů dvanáct zdravotních sester. **Pečovatelské služby** jsou provozovány od roku 2003 v Domě s pečovatelskou službou a v terénu v domácnostech

klientů ve městě Lokti a v jeho blízkém okolí. Pečovatelské služby zajišťují dvě pracovnice přibližně 32 klientům.

*Posláním společnosti* je snaha výrazně přispět ke zlepšení kvality života občanů sokolovského regionu, kteří se ocitli v obtížné životní situaci důsledkem zdravotního postižení. Organizace se zavazuje k poskytování kvalitního ošetrovatelství a profesionálního přístupu s ohledem na respektování práv, osobnosti a víry pacientů. Zároveň společnost podporuje integraci zdravé veřejnosti s nemocnými klienty zapojením rodiny, přátel a dobrovolníků. Kromě toho se snaží zajišťovat provázanost zdravotní a sociální péče s ohledem na potřeby klientů.

K základním strategiím společnosti patří *orientace na pacienta, klienta*. Potřebám uživatelů je podřízena činnost každého pracovníka ve společnosti. Velký důraz je kladen na následující oblasti: plné respektování práv klienta, uspokojování biopsychosociálních potřeb pacienta, partnerský přístup ošetřujícího personálu, lékaře a dalších pracovníků k pacientům včetně spolupráce s jejich sociálním zázemím a rodinou. Součástí systému kvality je také každoroční *sledování spokojenosti klientů*. Výsledky slouží vedení společnosti jako důležitá informace o kvalitě poskytovaných služeb a jsou využity pro její zvýšení. Případné stížnosti klientů jsou pro vedení organizace důležitým zdrojem informací o nespokojenosti se službami a o způsobu, jak tyto potřeby lépe saturovat.

Společnost si uvědomuje podíl pracovníků v přímé péči, kteří jsou základním faktorem pro úspěch a dobrou image firmy. Z toho důvodu je kladen důraz jak na výběr zaměstnanců, tak na jejich motivaci, rozvoj a spokojenost. Vedení společnosti podporuje pracovníky, kteří mají možnost se účastnit *individuálních interních supervizí* s psychologem zařízení dle jejich vzájemné dohody. Od pracovníků je zároveň vyžadována povinná a aktivní účast na *skupinových supervizích*, které probíhají s interním psychologem každé čtvrtletí a každého půl roku s externím supervizorem. Pro zaměstnance jsou organizovány *teambuildingové akce* s externími odborníky a kromě toho mají možnost se účastnit společných aktivit, při nichž se mohou setkávat mimo zařízení, a kam jsou zváni i jejich blízcí.

Velký důraz je kladen na systém vzdělávání a rozvoj zaměstnanců. Kromě zákonem povinných školení jsou pro pracovníky pořádány semináře zaměřené na přístup ke klientům, komunikaci s klientem a s jeho blízkými, dále pak na oblasti

individuálního plánování a oblast prevence stresu a syndromu vyhoření. V minulém roce byly nově do systému vzdělávání pracovníků zavedeny i interaktivní semináře, při nichž se probírají konkrétní situace vznikající při práci s klienty. Každý pracovník si tak může vyzkoušet vžít se do situace klienta a prožít si tak, jak se asi cítí, když se k němu ostatní chovají vstřícně či naopak manipulativně, což na klientovu osobnost působí podpůrně nebo naopak velmi destruktivně.

Průvodcem pracovníků při jejich rozhodování jsou *sdílené hodnoty* organizace. Při zadávání úkolů pracovníkům je zdůrazňován a vysvětlován strategický kontext, který má přímou souvislost s prací příslušného člověka, příp. celého týmu. Pracovník by se měl jeho pomocí dozvědět, jak jeho úkoly souvisejí s cíli společnosti a jaká je jeho role v dosahování firemní strategie. V rámci profesionálního přístupu jsou pracovníci také vázáni *etickým kodexem zaměstnance společnosti DOP-HC*, který je součástí vnitřních pravidel poskytovatele.

Dalším strategickým cílem je rozvoj spolupráce *multidisciplinárního týmu* a zahrnout do oblasti řízení péče jak veškerý ošetrovatelský personál, tak i pacienty a klienty. Ošetrovatelský personál pracuje vždy v autonomním týmu, jehož jednotliví členové přebírají zodpovědnost za další procesy. *Pravidelné týmové schůzky* následně umožňují řešení zdravotních a sociálních problémů pacientů a klientů. Každý člen multidisciplinárního týmu na základě svých kompetencí určí osobní návrh postupu a doporučení pro intervence v ošetrovatelském procesu, příp. v sociální péči. Jednotlivé kroky jsou následně komunikovány s pacientem či klientem (DOP-HC, 2005-2015).

#### **4.1 Domov pro seniory Vila Maria**

*Péče v zařízení je určena seniorům převážně ve věku od 60 let, kteří jsou částečně nebo zcela nesoběstační a u nichž se často z důvodu chronické nemoci nebo věku projevuje pokles funkčních činností. Klienti mají sníženou schopnost zajistit si základní životní potřeby a vyžadují péči, kterou jim rodina není schopna zajistit vlastními silami, či jsou bez dostatečného sociálního zázemí. Služba je zaměřena na klienty, jejichž stav je stabilizovaný a nevyžaduje nepřetržitou zdravotní péči. Zároveň se ale jedná převážně o klienty, kteří jsou závislí na pomoci okolí ve třetím a čtvrtém stupni, tedy s těžkou či úplnou závislostí. Poskytování sociálních služeb se zaměřuje na hodnotný život*

klientů a realizování jejich cílů. Klienti jsou zapojováni do průběhu a podoby sociální služby. Rozsah služeb si klient ve spolupráci se sociální pracovníci zvolí ve smlouvě a v individuálním plánu, a za tímto účelem spolupracují pracovníci také s jeho rodinou. Společnost zprostředkovává klientům sociální kontakt se společenským prostředím a umožňuje kontakt s jejich rodinnými příslušníky a blízkými. (DOP-HC, 2005-2015).

V sociální oblasti *se poskytování služeb řídí standardy kvality* stanovenými zákonem o sociálních službách, které jsou vytvářeny a zaváděny autonomními týmy pracovníků do procesu poskytování služby, přičemž je kladen velký důraz na oblast ochrany práv klientů. Součástí této činnosti je i zavádění individuálního plánování, které je při poskytování služby považováno za stěžejní. Ošetrovatelská péče a rehabilitační péče jsou poskytovány *dle konceptu bazální stimulace*. Bazálně stimulující ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta, u něhož jsou podporovány komunikační a pohybové schopnosti, které si dosud zachoval. Předpokladem je také práce s vlastní individualitou klienta a zároveň integrace jeho rodinných příslušníků do ošetrovatelského procesu.

Pracovníci v přímé péči pracují v týmu a plní tak vůči sobě vzájemnou kontrolu. Ošetrovatelské činnosti, při kterých by mohlo docházet ke zneužívání klientů, provádějí vždy minimálně ve dvou osobách a vykonávají je pod dohledem zdravotní a staniční sestry, které jsou povinné je namátkově kontrolovat. Pracovníci musejí respektovat žádost klienta, který si nepřeje, aby mu při koupání asistoval pracovník opačného pohlaví. Při provádění ošetrovatelských úkonů, které narušují intimitu klienta, používají pracovníci takové jednání a pomůcky, které co nejvíce zajišťují soukromí klientů. Jedná se například o oddělené koupání klientů; klepání před vstupem na pokoj klienta; cedulky na dveřích, které informují o probíhajícím ošetrování klienta; zástěny mezi postelemi klientů. Ze strany vedení organizace probíhá pravidelné čtvrtletní anonymní dotazování klientů ohledně jejich spokojenosti a dodržování jejich práv a probíhají také pravidelné namátkové kontroly kvality poskytované péče a jednání pracovníků s klienty.

Domov pravidelně navštěvují praktický lékař, psychiatr a diabetolog. Psycholožka působící v zařízení na částečný pracovní úvazek poskytuje potřebným klientům psychoterapeutickou podporu. Kromě toho pořádá vzdělávací semináře a interní supervize pro zaměstnance, zejména v oblastech přístupu ke klientům, komunikace

a stresu a účastní se výběrových řízení uchazečů o zaměstnání.

Klienty navštěvuje také kněz, který poskytuje věřícím a nejen jim duchovní oporu. V zařízení jsou pravidelně pořádány společné bohoslužby a kněz navštěvuje na přání klienty i individuálně. Pro klienty jsou pořádány kulturní akce a výlety mimo zařízení. Aktivní je také spolupráce s dobrovolníky z občanského sdružení Střípky, kteří např. organizují canisterapii (terapie pomocí cvičených psů) apod., a sami za klienty dochází, aby jim zpříjemnili volnou chvíli. Do domova pravidelně dochází klientům předčítat knihovnice ze sokolovské knihovny a děti z okolních škol (DOP-HC, 2005-2015).

#### **4.1.1 Pomáhající pracovníci a sociálně – terapeutické činnosti v daném zařízení**

*Sociální práce* je v Domově zajišťovaná *sociální pracovníci a referentkou sociálních věcí*. Sociální pracovnice má vyšší odbornou kvalifikaci dle podmínek zákona o sociálních službách a je v nadřazeném poměru vůči referentce (Vnitřní pravidla poskytovatele, 2008).

***Přehled činností sociální pracovnice:*** vede týmy pracovníků v procesu tvorby a zavádění standardů kvality sociálních služeb, koordinuje jejich vzájemnou spolupráci a komunikaci; zjišťuje a vyhodnocuje spokojenost klientů se službami; koordinuje a kontroluje činnost referentky sociálních věcí; zúčastňuje se pracovních porad v zařízeních; vede porady týmu pro individuální plánování a kontroluje plnění úkolů z toho vyplývajících; pořádá interní vzdělávání pro pracovníky v oblasti individuálního plánování; sleduje problematické prvky při poskytování sociální služby a řeší zjištěné nedostatky; koordinuje vyřizování stížností a dbá na správný postup jejich řešení; organizuje setkání s externím supervizorem; koordinuje a kontroluje činnost aktivizačního pracovníka.

***Přehled činností referentky sociálních věcí:*** jedná se zájemci o službu a s jejich rodinnými příslušníky; poskytuje informace zájemcům a provádí je po zařízení; poskytuje základní sociální poradenství i v oblastech mimo zařízení; sjednává s klientem smlouvu o poskytnutí služby; organizačně zajišťuje přijetí nového klienta do zařízení; spolupracuje s dalšími pracovníky v zařízení a účastní se pracovních porad; spolupracuje se zdravotnickými a sociálními zařízeními, s úřady, soudem apod.; provádí průzkum spokojenosti klientů pomocí dotazníkového šetření; spolupracuje

s dobrovolnickými organizacemi; vyřizuje stížnosti a vede o nich dokumentaci; vede dokumentaci v souladu se sociálními standardy; organizuje kulturní akce a výlety ve spolupráci s aktivizační pracovníci; poskytuje poradenství pozůstalým.

*Přímou péči o klienty zajišťují v Domově zdravotničtí pracovníci a pracovníci v sociálních službách.* Oddělení Domova vede *staniční sestra*, která je nejvyšším pracovníkem v oblasti ošetrovatelské péče. Staniční sestře je podřízeno šest *všeobecných sester*, jedna *aktivizační pracovnice* a patnáct pracovníků v sociálních službách. Staniční sestra odpovídá za výsledky a kvalitu jejich práce a kromě toho spolupracuje se smluvními lékaři, kteří zařízení navštěvují, a zajišťují zdravotní péči o klienty. Staniční sestra i všeobecné sestry mají středoškolské vzdělání v oboru všeobecná sestra a jsou nadřizené pracovníkům v sociálních službách. Zabezpečují všestrannou zdravotní a ošetrovatelskou péči o individuální potřeby klientů v souladu s nejnovějšími zásadami a odbornými poznatky v ošetrovatelské péči, spolupracují s rodinou klienta a aktivně vyhledávají bio-psycho-sociální potřeby klientů a zjišťují úroveň jejich soběstačnosti. Dvě všeobecné sestry poskytují klientům rehabilitační ošetrovatelství pod dohledem fyzioterapeuta pracujícího v léčebně (DOP).

Ošetrovatelské a aktivizační činnosti provádějí v zařízení pracovníci v sociálních službách a aktivizační pracovnice. Pracovníci v sociálních službách pracují ve dvou týmech v počtu tří pracovníků na každém ze tří pater, kde na každém patře je přibližně čtrnáct klientů a na jedné směně spolupracují s jednou zdravotní sestrou. Mají minimálně základní vzdělání a ukončený specializační kurz v rozsahu 150 hodin v souladu se zákonem o sociálních službách. Aktivizační pracovnice má středoškolské vzdělání a v současné době se vzdělává v oboru ergoterapie.

***Přehled činností pracovníka v sociálních službách:*** poskytuje přímou obslužnou péči o klienty zahrnující pomoc nebo podporu v základních činnostech a nácvik jednoduchých denních činností vedoucích k podpoře soběstačnosti; zajišťuje uspokojování psychosociálních potřeb a podporu psychické pohody klientů; pod dohledem všeobecné sestry provádí základní ošetrovatelskou péči; poskytuje klientům ochranu před nebezpečím a odstraňuje případná rizika; vykonává roli klíčového pracovníka v rámci individuálního plánování; spolupracuje v týmu s dalšími pracovníky na realizaci osobních cílů klienta; spolupracuje v rámci individuálního

plánování s rodinnými příslušníky klienta; pracuje na základě konceptu bazální stimulace; doprovází klienta k lékaři či na kulturní akce nebo na zahradu; poskytuje klientům aktivizační činnosti - kondiční a kognitivní cvičení, muzikoterapii; provádí péči o tělo zemřelého.

***Přehled činností aktivizačního pracovníka:*** dohlíží na provádění aktivizačních činností prováděných pracovníky v sociálních službách; zajišťuje adaptaci klientů v prvním týdnu po jejich přijetí; provádí individuální aktivizaci klientů a pracuje na základě konceptu bazální stimulace; organizuje a realizuje aktivizační činnosti (arteterapii, muzikoterapii, vaření, reminiscenční terapii, canisterapii, hry, trénink paměti, trénink jemné motoriky, předčítání atd.); organizuje a účastní se kulturních akcí, bohoslužeb, výletů mimo zařízení, spolupracuje s dobrovolníky, kteří zařízení navštěvují; provádí průzkum a vyhodnocení spokojenosti klientů (Vnitřní pravidla poskytovatele, 2008).

Z výše uvedeného vyplývá, že společnost DOP-HC je typem organizace, která se snaží poskytovat zdravotní a sociální služby komplexně a provázaně tak, aby mohla být tato péče zajištěna všem seniorům trpícím chronickým zdravotním postižením v daném regionu s ohledem na míru jejich soběstačnosti a na jejich sociální situaci. Poskytovatel služeb se při své činnosti orientuje zejména na své uživatele, na dodržení jejich práv a na jejich osobní spokojenost. Vzhledem k tomu, že se jedná o organizaci, která je při poskytování sociálních služeb závislá na dotacích MPSV České republiky, je pro ni zajištění častější externí skupinové supervize pro své pracovníky omezené dostatkem finančních prostředků. Proto se poskytovatel služeb snaží o podporu pracovníků i jinými způsoby. K nim patří zejména zmíněné interní supervize a vzdělávání pracovníků zaměřené hlavně na komunikaci a na problematiku situace s klienty a také na prevenci syndromu vyhoření.



## 5 METODOLOGIE VÝZKUMU

### 5.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky

V teoretické části jsem se zabývala problematikou stáří a jeho společenským pojetím. Dále popísem systému zdravotních a sociálních služeb v České republice a specifickým přístupem k seniorům v sociální práci v pobytových službách. V poslední kapitole jsem se zaměřila na představení vybraného zařízení poskytujícího komplexní zdravotní a sociální služby seniorům trpícím chronickým zdravotním postižením.

Nutnost pobytu seniorů v pobytovém zařízení s sebou přináší rizika jako je ztráta soukromí, ztráta společenského kontaktu, ztráta pravidelného kontaktu s blízkými, apod. Seniori se také hůře adaptují na nové podmínky či nové situace, což jim může způsobovat různé psychosomatické obtíže. Jejich prožívání pobytu ale může výrazně ovlivnit přístup pracovníků v přímé péči, a to takový, který by klientům poskytl komplexní podporu v jejich nepříznivé situaci s ohledem na jejich individuální potřeby. V přístupu pracovníků ke klientům se zároveň odráží i jejich vlastní prožívání pracovní činnosti. Náročnost této profese obnáší také svá rizika a na jejich snížení má vliv i míra poskytnuté podpory ze strany vedení organizace.

V návaznosti na teoretickou část jsem provedla kvalitativní případové výzkumné šetření v představeném typu zařízení, kde dlouhodobě působím v roli sociálního pracovníka, a jehož cílem je zodpovězení těchto výzkumných otázek:

- 1) *Jak seniori s chronickým zdravotním postižením prožívají pobyt v představeném typu sociálního zařízení?*
- 2) *Jak prožívají pracovníci v přímé péči práci se seniory s chronickým zdravotním postižením v uvedeném zařízení?*
- 3) *Jak zlepšit profesionální přístup a vztah pracovníků v přímé péči k seniorům s chronickým zdravotním postižením v představených zařízeních?*

Aby bylo možné zjistit odpověď na dané otázky, rozdělila jsem je do několika dílčích tématických oblastí. Jedná se o oblasti, které se vztahují k prožívání klientů a pracovníků, a které rozvíjejí první a druhou výzkumnou otázku: **Postoj ke stáří** - téma se týká vnímání vlastního stáří a postoje pracovníků ke stáří klientů a jejich podpory seniorského věku u klientů, zahrnuje i vliv práce s klienty na změnu postoje pracovníků.

*Vzájemný vztah klientů a pracovníků* - téma zahrnuje hodnocení důvěry klientů k pracovníkům a vnímání nálady pracovníků jako faktor ovlivňující jejich vzájemný vztah. *Vzájemná komunikace pracovníků a klientů* - téma se týká hodnocení komunikace pracovníků s klienty, zahrnující jak přístup pracovníků při provádění ošetrovatelských činností, tak běžnou komunikaci, která se týká každodenního života a jejich společného setkávání. *Individuální plánování sociální služby* - téma je zaměřené na stav zjišťování potřeb klientů a naplňování jejich osobních cílů. *Vnímání podpory* - téma se týká hodnocení vlivu podpory poskytované pracovníky na prožívání pobytu klientů v zařízení. *Vnímání soukromí* - téma se zaměřuje na vnímání soukromí klientů ve vztahu k pracovníkům a k ostatním klientům. *Hodnocení nabízených činností v zařízení* - téma zahrnuje hodnocení aktivizačních činností a motivaci klientů k jejich účasti na nich a vliv pracovníků na motivaci klientů.

Výsledným výstupem výzkumu bude pokusit se odpovědět na třetí výzkumnou otázku na základě vyvozených závěrů, která je kombinací předchozích dvou otázek. Třetí otázka tedy spojuje prožívání klientů a prožívání pracovníků, které zakládají jejich vzájemný vztah. Následně hodnotí přístup pracovníků ke klientům, a zkoumá možnosti jeho zlepšení, které by se mělo projevit i v prožívání jednotlivých klientů a pracovníků. Cílem výzkumu je praktické využití získaných poznatků pro pracovníky v přímé péči při práci s klienty v daném zařízení a také jako zpětná vazba pro vedení společnosti v oblasti efektivity a přínosu poskytovaných služeb.

## **5.2 Popis zvoleného metodologického rámce a metod**

### **5.2.1 Zvolený typ výzkumu**

Pro výzkum jsem zvolila *kvalitativní strategii*, která vyplývá z charakteru zkoumaného problému a odpovídá cílům stanoveným ve výzkumném šetření. Pro danou oblast nebylo možné použít kombinaci s kvantitativními metodami zejména z důvodu nízké dosažitelnosti respondentů v daném zařízení, kteří by odpovídali podmínkám stanoveným pro tento výzkum. Kvalitativní přístup využívá k popisu vlastností zkoumané reality kvalitativních metod. Zásadními principy při používání těchto metod jsou jejich jedinečnost a neopakovatelnost, které odrážejí individuálnost vnímání jednotlivců v různých kvalitách a kontextech. Součástí přístupu je i jeho žádoucí

reflexivní povaha, kdy se výzkumník aktivně spolupodílí na zkoumaných procesech, a dochází tím k vzájemnému ovlivňování výzkumníka a účastníků (Miovský, 2006).

V rámci výzkumu jsem použila *metodu případové studie*, která je v kvalitativním přístupu nejužívanější. Analýza jednotlivých případů umožňuje pochopit jednotlivé vztahy i jejich celkové souvislosti. Použití případové studie je vhodné zejména pro výzkumný problém, který se vyskytuje v reálném životě, a jehož podstata neumožňuje jednoduchý náhled a snadnou kontrolu zkoumaných procesů (Miovský, 2006).

Důvodem volby metody bylo hlouběji se ponořit do problematiky prožívání jednotlivých klientů, kteří žijí v pobytovém zařízení, a kteří jsou odkázáni na pomoc pečujících pracovníků. Různé podoby osobních příběhů klientů mohou korespondovat s odlišným prožíváním jejich pobytu v zařízení. Kazuistiky současně umožní větší náhled na charakteristiky jednotlivých klientů, kteří nevyžadují vždy stejnou míru podpory a mohou klást na pracovníky různou míru náročnosti. Konkrétně se jedná o studii pěti klientů vybraného zařízení, kde každá studie obsahuje *základní údaje o klientovi, stručný popis jeho sociálního problému a popis průběhu rozhovoru s klientem*. Součástí těchto kazuistik je i sociopsychická anamnéza, aktivity poskytnuté zařízením a jejich hodnocení. Tyto údaje, které jsou z důvodu zachování anonymity klientů zásadně pozměněny, nalezne čtenář v příloze č. 1. Informovaný souhlas klientů se zveřejněním jejich anonymizovaných dat předloží autorka vedoucí diplomové práce.

### **5.2.2 Metody získávání dat**

Jako hlavní metodu získávání dat jsem zvolila *polostrukturovaný rozhovor* s klienty zařízení. Vzhledem k charakteristice zkoumaného souboru byla tato metoda nejvhodnější, protože se jedná o cílovou skupinu, u které je předpoklad ztížené komunikace a snížené schopnosti udržet pozornost. Metoda je prospěšná zejména tím, že je kompromisem mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem, a může vyřešit jejich podstatné nevýhody. Během rozhovoru je možné požádat respondenta o vysvětlení odpovědi, navíc lze zaměřovat pořadí otázek a klást účastníkům doplňující otázky, které pomáhají lépe uchopit zkoumaný problém (Miovský, 2006).

Jako další metodu jsem použila *polostrukturovanou ohniskovou skupinu* s pracovníky v přímé péči. Metoda se pro výzkum jevila jako nejvhodnější především

z důvodu synchronizace tematických oblastí mezi ohniskovou skupinou s pracovníky a interview s klienty zařízení, kde pracovníci působí. Výhodu spatřuji také v mých pravidelných schůzkách s pracovníky, které jsou zaměřené na individuální plánování a na problémy v komunikaci s klienty. Metoda ohniskové skupiny umožňuje při získávání dat využití interakce členů skupiny a její dynamiky. Ohnisko zde představuje zaměření diskuse, které se odvíjí od výzkumného cíle. Jedná se o výzkumníkem ohraničené téma, které určuje do značné míry podobu získaných dat, a které musí být všem účastníkům srozumitelné. Výzkumník se během diskuse stává moderátorem skupiny, který má za úkol podpořit účastníky v aktivitě a usměrňovat debatu tak, aby se svým obsahem nevzdalovala cílům výzkumu, a aby byla dodržena předem určená pravidla (Morgan, 2001).

Jako doplňkovou techniku, sloužící k triangulaci dat, jsem použila *analýzu sociální a zdravotní dokumentace* klientů. Dokumentace je vedena u každého klienta od doby jeho nástupu do zařízení a obsahuje lékařské zprávy, sociální šetření v předchozím bydlišti klienta, záznamy o jeho příjmu, životopisu a stížnostech. Součástí je dokumentace individuálního plánování, kde jsou zaznamenány potřeby a cíle klientů v průběhu času a záznamy o účasti klientů na aktivizačních činnostech. Výhodou bylo, že mám jako sociální pracovník přístup k veškeré dokumentaci a z velké části jsem se podílela na jejím vytváření, proto jsem neměla potíže s orientací. Analýza dokumentů sloužila pouze k ověření či doplnění některých údajů zjištěných při rozhovorech či ohniskových skupinách a *získaná data jsou obsažena v jednotlivých kazuistikách klientů.*

### **5.2.3 Metody zpracování a analýzy dat**

**Fixace dat** - k zaznamenání kvalitativních dat jsem zvolila audiozáznam, který nabízí autentický záznam rozhovoru či ohniskové skupiny a je na něm registrováno vše tak, jak se odehrálo. K získání nahrávky jsem použila mobilní telefon, který kvalitně zaznamenal průběh rozhovoru či skupiny, a zároveň nebyl rušivým prvkem. Účastníci rozhovorů a ohniskových skupin byli o zvukovém záznamu diskuse předem informováni. Kromě toho měli účastníci skupiny možnost se k daným tématům vyjádřit i písemně se zachovanou anonymitou pro případ, že by chtěli doplnit některé informace, které při diskuzi nezazněly. Během ohniskových skupin jsem si pořizovala i vlastní

poznámky. Pro analýzu sociální a zdravotní dokumentace jsem potřebná data získala v elektronickém programu zkoumaného zařízení, ve kterém jsou archivována.

**Zpracování dat a příprava pro jejich analýzu** - ke zpracování dat jsem pořídila přepis audiozáznamu rozhovorů a ohniskových skupin, čímž došlo k první redukci dat. Do přepisu jsem nezaznamenávala věty, které se vůbec nevztahují k výzkumným otázkám. Pro minimalizaci vlivů výzkumníka na podobu dat jsem provedla kontrolu transkripce opakovaným poslechem, kdy jsem původní nahrávky porovnávala s odstupem času s přepsanou formou textu. Textová data jsem dále převedla do elektronické podoby tak, aby bylo možné s nimi snadno pracovat. K analýze dokumentů jsem provedla výběr informací a dat týkajících se klientů, které byly relevantní výzkumu.

**Systematizace dat pro analýzu** - je poslední fází úpravy dat před zahájením kvalitativní analýzy. Při systematizaci jsou data nejprve roztríděna podle kritérií a upravena pomocí tzv. *redukce prvního řádu* a *editorování*. Data jsem roztrídila podle jednotlivých metod použitých k získání dat: transkripce audiozáznamu rozhovorů s klienty a obou ohniskových skupin; data získaná analýzou dokumentů; data získaná od pracovníků v psané podobě; vlastní poznámky z ohniskových skupin. K úpravě dat jsem provedla redukci prvního řádu, při které jsem přepsaný text zbavila od výrazů a vět, které nic nesdělovaly, a pouze narušovaly plynulost textu. Data jsem dále doplnila o vlastní poznámky a o údaje získané od pracovníků v psané podobě. (Miovský, 2006).

**Analýza dat** - jako další fázi výzkumu ji nelze v kvalitativní studii striktně odlišit od předchozích fází. Součástí je i předchozí zpracování a systematizace dat, ke kterým se lze v průběhu samotné analýzy opakovaně vracet a doplňovat data o nová zjištění. V této fázi jsem použila *obsahovou analýzu dat*, která je označením pro soubor metod a dílčích postupů užitých k analýze textového dokumentu a následně k vysvětlení jeho obsahu, a kterou je možné použít i při kombinaci různých metod získávání údajů, proto jsem ji ve výzkumu zvolila jako vhodný analytický nástroj. Miovský uvádí několik dílčích postupů při obsahové analýze dat, z nichž jsem ve výzkumu použila následující:

**Metodu vytváření trsů** sloužící k seskupení výroků do skupin (trsů). Zařazení výroků do trsu je spojeno se společnými znaky, které se v textu opakují, jedná se například o stejné úzce ohraničené téma, kterého se dané pasáže dotýkají. Základním principem metody je srovnávání a slučování dat, při kterém rozdělujeme výroky

účastníků do kategorií dle jejich významu či důležitosti. Jde například o významovou kategorii: postoj klientů a pracovníků ke stáří. *Metodu zachycení vzorců* vyhledávající v textu v původně seskupených výrocích sloučených v trsy opakující se vzorce, které jsou si vzájemně podobné nebo naopak odlišné, a ty zaznamenáváme. Tím dochází k další redukci dat, protože jednotlivá získaná data jsou zobecnována do tematických kategorií. Jedná se například o různé jednotlivé výroky účastníků, které mají podobný obsah, a jejich následné sloučení v obecné tvrzení. *Metodu prostého výčtu* týkající se četnosti výskytu jevu. Počet výskytu jednotlivých jevů má význam i pro interpretaci kvalitativních dat. Kvantitu představují výroky jednotlivých účastníků, které jsou sloučeny v obecná tvrzení, a k těm je přiřazen údaj o tom, kolik výroků účastníků je spojeno s daným tvrzením (Miovský, 2006).

#### **5.2.4 Etické a právní problémy a způsob jejich řešení**

Všichni účastníci udělili *informovaný souhlas s účastí ve výzkumu*. Ze souhlasu je zřejmé, že byli seznámeni s cíli a metodami výzkumu. Zároveň byli informováni o využití dat pouze k výzkumným účelům a souhlasili s anonymním publikováním výsledků. Respondenti byli upozorněni, že účast na výzkumu je dobrovolná, a mají právo odstoupit. Výzkum byl prováděn v souladu se *zákonem o ochraně osobních údajů*, a byla zajištěna *plná anonymita účastníků a citlivých dat*. Za účast byla pracovníkům poskytnuta jednorázová *finanční odměna*, která ale neměla vliv na dodržení všech etických zásad, a účastníci o ní byli informováni až po skončení ohniskové skupiny.

V roli sociální pracovnice a zároveň i spolumajitelky zařízení, ve kterém byl realizován výzkum, si uvědomuji, že se tím dostávám do určitého *střetu zájmů*. Na jedné straně spatřuji výhodu ve znalosti a dostupnosti výzkumného prostředí a zároveň považuji za smysluplné využít získaných teoretických znalostí v rámci magisterského studia pro praktické zlepšení stávající situace, na druhé straně vnímám možnost zkreslení údajů způsobené mojí rolí v zařízení. Tento střet zájmů jsem řešila tím, že jsem účastníky výzkumu podporovala v projevování kritiky a zdůrazňovala jim zachování jejich anonymity při výzkumu. Nicméně si uvědomuji, že právě tento faktor náleží k nejslabším článkům výzkumu.

## 6 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU

Zkoumaným souborem byli klienti Domova pro seniory Vila Maria (dále jen DpS), kteří v daném zařízení trvale žijí a současně pracovníci, jež o klienty v zařízení pečují. Pro sestavení souboru jsem použila *metodu záměrného výběru přes instituce*, která je dle Miovského nejvhodnější metodou, pokud jsou základním souborem klienti využívající služby určité instituce nebo pracovníci, kteří v ní působí (Miovský, 2006).

Jako sociální pracovnice a zároveň spolumajitelka zařízení jsem v pravidelném kontaktu s klienty i s pracovníky v daném zařízení, proto nebyl problém získat vybrané účastníky ke spolupráci. Zároveň jsem si však uvědomovala, že by mohli mít tendence vzhledem k mému postavení v organizaci, přede mnou skrývat případná negativa. Proto jsem všem respondentům vždy před začátkem výzkumu vysvětlila důvod mého zkoumání a podporovala jsem je i v projevování kritiky, jak již bylo zmíněno výše.

Pro rozhovor jsem si vybrala pět klientů DpS, jednalo se tedy o cílený výběr seniorů trpících chronickým zdravotním postižením, kteří žijí v zařízení nejméně jeden rok a jsou ochotni se na výzkumu podílet. *Podstatným kritériem výběru* byl pak předpoklad, že vybraní klienti jsou schopni porozumět obsahu položených otázek v rozhovoru, a netrpí poruchou komunikace, např. z důvodu syndromu demence v pokročilé fázi nebo těžké poruchy řeči či vysokého stupně depresivity aj.

Ohniskové skupiny jsem pořádala s pracovníky v přímé péči, jež pracují ve dvou týmech, a kteří jsou s klienty v nejbližším kontaktu, a současně mají největší vliv na prožívání pobytu klientů v daném zařízení, proto byli nejvhodnějšími účastníky vzhledem k cíli výzkumu. Pracovníci podporují klienty v sebeobslužných činnostech, ve kterých nejsou soběstační či je za klienty zcela provádějí. Jedná se o *oblast hygieny, oblast pohybu, oblast orientace, oblast denních aktivit, oblast sociálního kontaktu*. Kromě toho má každý z pracovníků na starost dva až tři klienty, se kterými individuálně plánuje sociální službu a představuje pro ně klíčového pracovníka, na kterého se mohou obracet i rodinní příslušníci klienta. Své zkušenosti a problémy s individuálním plánováním sdílejí na pravidelných týmových schůzkách. Realizace a moderování těchto setkání spadá do kompetencí sociálního pracovníka v daném zařízení, s pracovníky se tedy ze schůzek dobře známe a snažíme se vždy o rozvinutí živé a otevřené diskuze o všech potížích, s kterými se při práci s klienty setkávají.

Složení pracovních týmů se mění dle časových a organizačních možností zařízení, a není pevně stanovené, cílem použití metody s dvěma různými týmy pracovníků tedy nebylo následné srovnávání obou ohniskových skupin. Vzhledem k tomu, že nebylo možno provést setkání obou týmů pracovníků najednou, přikročila jsem k realizaci dvou ohniskových skupin, pokaždé s jiným složením v počtu šesti lidí, a to s jednodenním časovým odstupem. Ohniskové skupiny probíhaly mimo pracovní dobu účastníků v prostorách budovy Domu ošetrovatelské péče společnosti DOP-HC.

## 6.1 Charakteristika vybraných klientů

Charakteristika jednotlivých klientů obsahuje jejich základní údaje a stručný popis sociálního problému, součástí je i popis průběhu rozhovoru.

**Paní A.** je klientkou DpS od roku 2014, kam byla přijata z nemocnice jako imobilní pacientka trpící roztroušenou sklerózou, ischemickou chorobou srdeční a diabetem prvního typu. Pobírá příspěvek na péči ve třetím stupni, je jí sedmdesát osm let, má českou státní příslušnost a českou národnost, a absolvovala středoškolské vzdělání v oboru zdravotní sestra. Rozhovor začal v jídelně, kde klientka sledovala televizi, poté jsme se odebraly na klientčin pokoj, kde bydlí momentálně sama. Klientka se pohybuje na invalidním vozíku, přičemž potřebuje k přesunu malou pomoc, pomohla jsem ji tedy odvézt na pokoj. Klientka byla velmi ráda, že si může popovídat.

**Pan F.** je klientem DpS od roku 2007, kam byl přestěhován po roční hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení DOP. Klient byl přijímán z nemocnice jako pacient trpící autoimunitním onemocněním postihujícím periferní nervovou soustavu s následnou imobilitou, a po stabilizaci akutního zdravotního stavu s ním byl domluven překlad do DpS, kde od té doby klient žije bez přerušení. Pobírá příspěvek na péči ve třetím stupni, je mu sedmdesát šest let, má českou a německou státní příslušnost a národnost, a je vyučen v oboru pekař. Rozhovor probíhal na pokoji klienta. Klient se pohybuje zcela sám na invalidním vozíku. Rád vyprávěl o svém životě, a byl zřejmě dobře naladěný, protože si i prozpěvoval. Na výzkumné otázky většinou odpovídal stručně.

**Pan K.** je klientem DpS od roku 2013, kam byl přestěhován po půlroční hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení DOP. Klient byl přijímán z nemocnice jako imobilní pacient trpící diabetem druhého typu s následnými závažnými komplikacemi,



a po stabilizaci akutního zdravotního stavu s ním byl domluven překlad do DpS, kde od té doby klient žije bez přerušení. Pobírá příspěvek na péči ve třetím stupni, je mu sedmdesát osm let, má českou státní příslušnost a českou a slovenskou národnost, a je vyučen v oboru horník. Rozhovor probíhal nejdříve v zimní zahradě, kam si klient po obědě zajel na kávu, kde byl ale poté nespokojený, protože se v naší blízkosti pohybovala klientka trpící demencí, na kterou reagoval negativně. Přesunuli jsme se tedy do druhé budovy na jeho pokoj. Klient se pohybuje zcela sám na invalidním vozíku.

**Paní M.** je klientkou DpS od roku 2007, kam byla přestěhována po dlouhodobé hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení DOP z důvodu centrální mozkové příhody. V DOP žila celkem sedm let s občasným přeložením do nemocnice. Do DpS byla přijímána, i přesto že zatím nedosáhla seniorského věku. Během uplynulých sedmi let se několikrát přestěhovala do vedlejšího zařízení DOP, a poté, co se její zdravotní stav opět zlepšil, vrátila se zpátky do DpS. Pobírá příspěvek ve třetím stupni, je jí padesát devět let, má českou státní příslušnost, národnost českou a německou, a absolvovala středoškolské vzdělání v poštovním oboru. Za klientkou jsem přišla na její pokoj, kde probíhalo ošetření jedné klientky, proto jsme se odebraly do zimní zahrady. Klientku jsem převezla v pojízdném křesle, do kterého byla vysazena.

**Paní S.** je klientkou DpS od roku 2014, kam byla přestěhována po měsíčním pobytu v jiném sociálním zařízení. Do DpS byla přijímána jako dlouhodobě nesoběstačná a omezeně mobilní pacientka trpící Parkinsonovou chorobou, ischemickou chorobou srdeční, depresivní poruchou a četnými polymorfními potížemi (zvýšenou únavností, malátností, bolestmi kloubů a svalů). Pobírá příspěvek na péči ve druhém stupni a na úhradu za pobyt v zařízení jí přispívají její děti. Je jí osmdesát let, má českou státní příslušnost a českou a německou národnost, a je vyučena v oboru prodavačka. Rozhovor probíhal na dvoulůžkovém pokoji klientky, kde bydlí momentálně sama. Klientka byla velmi komunikativní. Na začátku rozhovoru projevovala obavy, jestli zvládne odpovídat na otázky, ale nakonec ráda vyprávěla o svém životě. Klientka se pohybuje sama s pomocí chodítka.

## 7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V následující kapitole jsou výsledky výzkumu prezentované prostřednictvím *odpovědí účastníků na výzkumně zaměřené otázky*, které jsou zahrnuté do *jednotlivých tématických oblastí*. Těm odpovídají otázky, které jsou vždy dvojího typu a s ohledem na typ účastníků jsou jinak formulované, ale sledují stejný záměr. Jedná se o *otázky položené klientům* a o *otázky položené pracovníkům*, které jsou uvedené přímo v textu kapitoly a také samostatně v příloze č. 3. Protože nelze uvést všechny odpovědi, jsou výroky respondentů shrnuty do obecných tvrzení a k těm je vždy přiřazeno několik reprezentativních citací účastníků. V příloze č. 2 čtenář nalezne také tabulku obsahující údaje o *počtu jednotlivých výroků klientů a pracovníků*, které sdružují odpovědi všech účastníků do úžeji ohraničených témat odpovídajících položeným otázkám.

### **Postoj ke stáří - klienti**

***Jak vnímáte svůj věk?*** - klienti se shodují na tom, že se na svůj věk cítí omezení zdravotním stavem. Jiní starší lidé v jejich věku nemají tolik nemocí a neberou tolik léků jako oni. Popisují, že by se stáří nebáli, kdyby byli zdraví. Paní M (60 let): *„Hrozný je to, bylo mi šedesát a to už je hodně. Paní se mnou na pokoji je starší, ta chodí a já jsem mladší a nechodím.“* Paní S (80 let): *„Já se úplně divím, že už mi je tolik. Moji sestře je o devět let více a ta ještě neměla žádný prášky, cítím se hodně nemocná na svůj věk.“* Pan K (77 let): *„Moc zdravěj nejsem, srdce mám slabý, nohu nemám, no jsem omezený, tak já se snažím, a kdybych se nesnažil, tak bych tady už nebyl.“* Někteří hovoří o plánech, které ještě měli do budoucna, a nyní je již nelze z důvodu špatného zdravotního stavu uskutečnit. Jedná se například o vztah k domovu, který museli opustit. Paní A (78 let): *„Já jsem byla v domácím prostředí a tam je to jiný, tady prostě jsem jako doma, ale vím pořád, že mám ještě svůj byt, všechno jsem tam nechala, teď už vím, že se tam nevrátím, tady mi se vším pomůžou, a tam bych byla sama.“* Paní S (80 let): *„Chtěla jsem se učit anglicky a myslela jsem si, že budu třeba číst starým lidem, kteří nevidí, no a najednou přišlo tohle a všechno přišlo vniveč, všechny ty plány.“*

***Myslíte si, že je podporován a akceptován Váš seniorský věk v zařízení, a jak se to projevuje?*** - klienti se shodují, že je jejich věk v zařízení akceptován a podporován.

Pracovníci se k nim chovají s respektem k jejich věku. Pan K: „*Jo, jsem spokojenej tady, jako ke každému staršímu.*“ Paní S: „*Já myslím, že ano, já je právě obdivuju, protože to není maličkost se takhle starat o starý a nemocný lidi.*“ Paní A: „*Myslím, že ano. Neumím si představit, že bych byla doma sama, chovají se slušně.*“

## **Postoj ke stáří - pracovníci**

***Jak vnímáte seniorský věk?*** - pracovníci vnímají seniorský věk jako přirozenou součást života. OS 1: „*Všichni jednou budeme starý, to je prostě koloběh života a budeme chtít, aby se o nás někdo postaral.*“ OS 2: „*Je to normální, přirozené, patří to k tomu životu.*“ Jejich postoj ke stáří je ovlivněn vlastními zkušenostmi s obdobím, například jak ho zažili u svých rodičů nebo prarodičů. OS 1: „*Já si třeba každého seniora představuju, jako by to byl můj táta nebo mamča, takže jim dávám stejnej přístup.*“ OS 1: „*Já si představuju spíš sebe, jak bych chtěla, aby se ten člověk o mě staral, tak se starám já o něj.*“ Zároveň pracovníci diskutují o tom, že je přirozené, že stáří nemusí mít normální průběh a nemocnost ke stáří patří. Staří lidé si svůj aktivní život již prožili, a pracovníci se jim snaží pomoci hlavně k důstojnému prožití stáří. OS 1: „*Ted' se jim snažíme zpříjemnit aspoň ty poslední chvílky toho života.*“ OS 2: „*Beru to, že ten člověk je starší, i když je nemocnej, není to důvod, abych se k němu chovala jinak. Má stejné potřeby jako já.*“ Pracovníci se shodují, že se velmi obávají vlastního stáří, přičemž nejvíce se bojí nemocí a ztráty soběstačnosti, případně ztráty soukromí, pokud by byli odkázáni na péči druhých. OS 1: „*Mám ze stáří strach, hroznej strach, z nemocí, když budu akční, tak to ne, to je v pohodě.*“ OS 2: „*Já si neumím představit, že se sama nebudu moct obsloužit, prostě já strašně vnímám to intimno.*“

***Jak se změnil váš postoj k seniorům na základě práce s nimi a jak podporujete jejich věk v zařízení?*** - některým pracovníkům se postoj změnil tak, že si začali více uvědomovat, co tento věk obnáší, a mají větší pochopení k projevům seniorů, také začali více vnímat nemoci jako nedílnou součást stáří. Některým se postoj k seniorům nezměnil vůbec. OS 1: „*Mně ty lidi připadali hrozně nemocný, že se jim nedá pomoci. Ted' vlastně vidím, že se jim pomoci dá.*“ OS 2: „*Začínala jsem, když mi bylo osmnáct, a je to asi jiný, když je ted' člověku čtyřicet, ale já mám k těm lidem furt ten vztah tak ňák stejnej, no.*“ Postoj pracovníků k seniorům závisí i na individuální soběstačnosti

a povaze klientů. OS 1: „Je senior a senior, některý je na tom hůř, některý líp, a ke každému se člověk musí chovat jinak.“ OS 1: „Hlavně každé senior buď chce anebo nechce tu péči, někteří chtějí být samostatnější a někteří chtějí být odkázaný jenom na nás.“ OS 2: „Tím, jak je tam těch lidí víc, tak některý Vás třeba ublíží, ale zase na druhý straně je tam další člověk, který Vás dobije baterkama, dokáže člověka povzbudit.“

### **Vzájemný vztah klientů a pracovníků – klienti**

**Máte k pracovníkům důvěru, a pokud ne, tak z jakého důvodu jim nedůvěřujete?** - klienti se shodují, že mají k pracovníkům důvěru. Někteří vnímají vztah s pracovníky jako náhradu svého domova a své rodiny. Popisují také, že důvěru k pracovníkům mít musejí, protože by jinak v zařízení nemohli žít. Paní S: „Jo, měla jsem vždycky důvěru, já jsem si připadala, že jsme jako rodina. Teď už jsem tady na věky, domov už nemám. A teď, když budu úplně neschopná, tak já myslím, že mi pomůžou.“ Pan F: „Jo, jo, jsem spokojenej. Co mi zbejvá?“ Paní A: „No mám, musím, jestli jim nebudu věřit, tak bych musela někam pryč.“

**Jakou převažující náladu vnímáte u pracovníků a jak to na Vás působí?** - nálada pracovníků je vnímána většinou jako pozitivní, veselá a příjemná. Většina klientů vnímá i atmosféru mezi pracovníky. Paní S: „Vím, že taky mají doma svoje starosti, svojí práci, že by se pořád smáli to ne, ale nejsou zlí.“ Paní A: „Dokážou se kolikrát hodně smát a ten kolektiv mezi sebou mají dobrej.“ Pan K: „Jsou veselí, příjemný. Já když už je slyším za dveřma, tak už poznám, kdo jde. Už se na ně těším.“

### **Vzájemný vztah klientů a pracovníků - pracovníci**

**Myslíte si, že k vám mají klienti důvěru a pokud ne tak z jakého důvodu Vám nedůvěřují?** - podle některých pracovníků k nim klienti důvěru mají, ale popisují, že ji nemají ke všem pracovníkům stejnou. OS 1: „Ne všichni mají důvěru nebo ne ke všem, každý má svýho, no, jako my máme někoho radši, tak i klienti mají z nás někoho radši, někomu se svěří a někomu se nesvěří.“ O vybudování důvěry se musí pracovníci snažit. OS 2: „Na tý důvěře se musí pracovat, když si vytvoří už negativní vztah, tak už to jde těžko.“ OS 2: „Já si myslím, že tady jsou lidi důvěřiví a my je k tomu přesvědčíme,

*člověk se snaží být k nim vstřícný.*“ Podle pracovníků je důvěra klientů ovlivněna i jejich povahou a aktuální náladou. OS 1: *„Je to různý, třeba je náladovej klient, který tu důvěru má a za hodinu se to dokáže úplně změnit.“*

***Ovlivňuje stres vaši náladu při práci s klienty, a pokud ano, jaké jsou jeho hlavní důvody?*** - pracovníci pociťují při práci značný stres, což má mnohdy negativní dopad na jejich náladu. Vlivem stresu bývají unavení, mají menší potřebu s klienty komunikovat nebo se na ně usmívat. OS 1: *„Podle mě to musí pociťovat i ty lidi z nás, že člověk není takovej usměvavej, hovornej, udělá co jako se má udělat, a není takovej...“* OS 2: *„Člověk není už tak vlídnej, jak by chtěl bejt, nechce se mu už tolik mluvit.“* Jako hlavní důvody stresu uvádějí nedostatek času na klienty, opakované provádění monotónních činností, kontroly vedení, návštěvy klientů v nevhodnou dobu a havarijní události týkající se provozu. OS 1: *„Vztek v sobě mám, když třeba je nás málo, a člověk dostane ještě vynadáno.“* OS 2: *„Je unavující neustále denodenně slyšet, já chci na záchod já chci na záchod, tím monotónním hlasem a furt jedno a to samý dokola.“* Pracovníci zažívají také stres, pokud se zhorší zdravotní stav klientů a oni například nepoznají, co jim je, nebo pokud klienti rezignují či odcházejí ze života. OS 2: *„Když to ten klient vzdává a odmítá stravu a chce odejít, tak je to stresující.“* OS 1: *„Vidíte, jak ten člověk i přesto, že mu všechno dáte, začne odcházet, když ten člověk umře a vidíte, že odchází postupně. Je to stresující.“* Stres pracovníkům způsobují i zvýšené nároky některých klientů. Může se jednat o nově přijaté klienty, které pracovníci ještě neznají nebo o klienty, kteří vyžadují zvýšenou pozornost. OS 1: *„Já ten problém cítím u jedny klientky v sobě, protože ona něco neustále vyžaduje. Ale není to důležitý ty její požadavky, co ona chce, to je každých pět minut, když těch lidí je hodně, tak ono...“* OS 1: *„Když přijdeovej člověk, než ho poznáme, vůbec nevíme, člověk se bojí, aby nespádl, to celodenní hlídání je pak strašný.“*

## **Vzájemná komunikace pracovníků a klientů – klienti**

***Jakým způsobem k Vám pracovníci přistupují při provádění ošetrovatelských činností a jak Vás o nich informují?*** - pracovníci k nim přistupují s ohledem na jejich zdravotní stav a na míru jejich soběstačnosti. Klienty, kteří jsou schopni větší sebeobsluhy, informují pouze stručně, a jakmile se jejich zdravotní stav zhorší, začnou je pracovníci

podrobněji informovat, protože se i zvyšuje počet úkonů, s kterými jim pomáhají. Paní A: „Přijdou, přinesou mi umyvadlo, já už to vidím a oni řeknou, umejeme se, uděláme a je hotovo. Je to dobrý.“ Paní S: „No většinou právě u mě ještě ne, to asi nebylo ještě nutný, ale u jedny paní jsem to slyšela. Sestřička jí všechno popisovala a hezky šeptem.“ Pokud dojde ke zhoršení stavu klienta, pracovníci je i v zájmu bezpečnosti upozorňují na nezaběhnuté činnosti, které klient předtím nebyl zvyklý provádět a které by mohl opomenout. Paní S: „Anebo když mě dovedou k tomu záchodu, tak mi řekne, držte se radši, já jsem byla zvyklá se předtím nedržet.“ Klienti se shodují, že s nimi pracovníci mluví v přiměřené hlasitosti a v přiměřeném tempu, ale závisí to i na povaze jednotlivých pracovníků a na tom, kolik mají času. Pan K: „Některý jsou hlasitější, no, ale nekřičí. Tady neexistuje křik.“ Paní A: „Já si myslím, že to je podle povahy, protože některá mluví hodně hlasitě. Některá mluví normálně, ale to je jejich věc, mně to nevadí, je to přes den, není to v noci.“ Paní S: „To koupání je dost rychlý. Takový tempo, člověk by si přál třeba delší sprchování, ale oni buď nemají čas, nebo nevím. Tuhle mi říkal, že čeká ještě tolik lidí, a musí spěchat.“

**Povídají si s Vámi pracovníci i o věcech, které se netýkají ošetrovatelských činností? -** klienti vnímají častý věkový rozdíl mezi nimi a pracovníky, a to má vliv na jejich vzájemnou komunikaci. Jeden klient si stěžuje, že v zařízení pracují převážně ženy a chybí mu komunikace s muži. Pracovníci si s klienty občas povídají, ale většinou nemají moc času. Pan F: „Jojo povídaj si se mnou, no ty chlapi co tady byli, všichni utekli, to je ostuda, tady všechno dělaj sestry.“ Paní A: „Protože nemají čas si tady povídat, je tady asi padesát lidí nebo já nevím, kolik jich tu je.“ Paní S: „No, občas jo, ale je tu určitý věkový rozdíl. Ale nejsem proti mladým, já jejich názory beru a oni taky, tak si různě povídáme. Většinou spíš nemají čas.“

## **Vzájemná komunikace pracovníků a klientů - pracovníci**

**Jakým způsobem přistupujete ke klientům při provádění ošetrovatelských činností a jak je o nich informujete? -** pracovníci informují klienty verbálně i neverbálně a informují i klienty, kteří nekomunikují. Ke komunikaci používají i výraz v obličejí, ukazování, změnu intonace hlasu, klidné pohyby a znalost zvyklostí klientů. Uvádějí i situace, kdy se při komunikaci omezují jen na stručné vyjadřování. OS 1:

„Vypozorováním, co potřebují, třeba pán zazvonil a já už jsem věděla, že bude chtít zavřít okno, protože ho nemá rád otevřené.“ „Po těch letech už to člověk zná nazpaměť, jedna klientka jenom ukáže a ...“ OS 2: „Tlumeným hlasem, prostě v klidu jim vysvětluju krok za krokem, co se bude dít. A vlastně u všech činností, co jim děláme, furt jim říkáme, co následuje. Člověk by neměl přijít a mlčet, protože ten klient pak neví, co se pak děje.“ OS 1: „A přiznám se, že to nedělám, když už jsem unavená a vystresovaná, tak mlčím a řeknu jen, já vás umeju a tečka.“ Pracovníci si uvědomují vliv svého přístupu na prožívání klientů. OS 1: „Oni to i vycítí, jestli seš hrrr nebo děláš pomalu, a nebo jestli ty máš náladu, s jakou jsi přišla do práce nebo jestli tě někdo v práci naštvál, a oni to vycejtí a podle toho se i chovají.“ Pracovníci zohledňují zdravotní stav klientů a dle toho k nim přistupují. OS 1: „Někdo míň slyší, s někým zas musíme chodit hodně pomaloučku. Třeba když jdu koupat jednu klientku, tak jí říkám, nelekejte se, ale když jdu mejt jinou klientku, tak jenom řeknu, ted' umejeme.“

**Jak rozdělujete svůj čas mezi základní péči o klienta a komunikaci s klientem?** - pracovníci si stěžují, že nemají na klienty dostatek času. Neví, jak mají rozdělit čas mezi aktivizaci klientů a ošetrovatelské činnosti, a nemají čas si s nimi individuálně povídat. OS 2: „Musím aktivizovat lidi v koutku (prostor pro společnou aktivizaci klientů) a zároveň se něco třeba děje v nějakém pokoji a já musím aktivizaci přerušit a řešit to důležitější.“ OS 1: „Chtěla bych se jim aspoň trošku individuálně věnovat, dát klientům víc, ale prostě není čas.“ Klientům se mohou individuálně věnovat pouze během ošetrovatelských nebo úklidových činností, případně o přestávkách nebo po skončení pracovní doby. OS 1: „Řeším to v přesčasech, při hygienách, když jsem na tom patře, kde mám toho svýho klienta (klíčový pracovník klienta).“ OS 2: „Když máte chvílku, tak si s ní popovídáte, ale zas vám stojí práce jinde, a zase ochuzujete jiné.“

## **Individuální plánování sociální služby – klienti**

**Zajímají se pracovníci o Vaše přání a potřeby a jak to vnímáte?** - pracovníci si všímají jejich potřeb nebo už dopředu vědí, co potřebují, zajímají se o jejich prožívání. Pracovníci většinou reagují, když někdo požádá o pomoc nebo pokud někdo z klientů prožívá smutek. Pan K: „Tak třeba když řeknu, že chci na návštěvu, tak sestřička řekne, že jo. Oni vědí, že mi donesou, co potřebuju. Já si řeknu sám.“ Paní A: „Jo ptají se,

*jestli něco nepotřebuji a tak. Já to беру z pohledu zdravotní sestry, snažím se neotravovat, protože vim, jaký by to bylo, kdybych tady pracovala jako sestra.“* Paní S: *„No zajímají se právě tím, že to splní. Někdy některá musí mít trošku ňákej proslov, jsou určitý typy. Už jsem se zhoršila, ale zatím se nemusím bát si o cokoliv říct. Třeba si zazvonit a oni přijdou.“*

***Máte možnost trávit čas tím, co je pro Vás opravdu důležité a co Vás baví a pokud ne, tak z jakého důvodu?*** - klienti mohou trávit čas těmito činnostmi pouze v rámci možností zařízení. Velký vliv na uskutečňování jejich osobních cílů má i jejich aktuální zdravotní stav, který je v provádění různých činností omezuje. Lépe jsou na tom ti, kteří mají možnost svobodnějšího pohybu po areálu, a nejsou tolik vázáni na pomoc pracovníků. Pan K: *„Jo tak tady není moc toho, co by člověka opravdu zajímalo, musí se podřít režimu, jaký je tady.“* Paní S: *„No jo, ale mě už teďka zlobí oči, já bych ráda koukala na televizi, já bych si četla i jenom chvíličku a ono se to všechno horší. Bavilo by mě ještě všechno pořad.“* Pan F: *„Já si čtu, hodně jezdím ven kolem areálu a nikdo mě neomezuje.“*

### **Individuální plánování sociální služby – pracovníci**

***Zajímáte se o přání a potřeby klientů a jak to vnímáte?*** - pracovníci se zajímají o přání a potřeby klientů a vnímají to na jednu stranu přirozeně a na druhou stranu tento zájem považují za povinnou součást své práce. OS 1: *„Když přijde nový člověk, tak já jsem hodně zvědavá a hodně se ho vyptávám.“* OS 2: *„Tak to je naše práce zajímat se o jejich potřeby, aby oni byli spokojení.“* Pracovníci zohledňují individuální potřeby klientů a jejich rozmanitost. OS 1: *„Každý je jiný, takže je zabavujeme tím, co je baví, zajímáme se o to, co je zajímavé, a co chtějí dělat.“* OS 2: *„Někdo, kdo se otevřít nechce a nemá zájem komunikovat, tak to by měl člověk respektovat.“*

***Mají klienti možnost trávit čas tím, co je pro ně důležité a co je baví a pokud ne, tak z jakého důvodu?*** - pracovníci se shodují, že zařízení nabízí pestrý program určený seniorům a klientům jsou poskytovány i služby, které nejsou běžnou součástí zařízení. OS 1: *„Tady je hlavně ten program přizpůsobený pro seniory, dechovka, malý děti, pejskové, to je baví a z toho jsou nadšený.“* OS 2: *„S jednou klientkou jezdí socioterapeutka za jejím synem do ústavu a i oni jezdí k nám. Nebo jsme tady měli*



*manželský pár, tak si tady mohli spolu trávit čas, jak chtěli.*“ Jako možné důvody, pro které klienti nemohou trávit čas tím, co je baví, pracovníci uvádějí špatný zdravotní stav klientů nebo jejich zvyklosti. OS 1: *„Chtějí odpočinek, jsou nemocný a už mají svůj věk, anebo na to nemaj náladu.“*

### **Vnímání podpory – klienti**

***Co Vám od pracovníků při prožívání zdejšího pobytu pomáhá a co by Vám případně ještě pomohlo?*** - klientům pomáhá pozitivní nálada a vřelý přístup pracovníků k nim. Pracovníci jim vycházejí vstříc, když něco potřebují. Někteří klienti by k lepšímu prožívání pobytu v zařízení potřebovali jiné věci, které jim pracovníci nemohou poskytnout. Pan K: *„Asi to tady nejde líp.“* Pan F: *„Já se cítím dobře, když mám co kouřit, tak jsem spokojenej.“* Paní M: *„Já bych nejradši jela pryč, aby mě vzali s sebou (pracovníci).“* Paní A: *„Já čekám, až bude hezky, až se dostanu ven a budu sedět venku, budu trošku na tu přírodu koukat, a snad i zapomenu.“*

### **Vnímání podpory – pracovníci**

***Jak si myslíte, že můžete ovlivnit prožívání pobytu klienta v zařízení?*** - pracovníci mohou klientům pobyt v zařízení zpříjemnit tím, že k nim přistupují vřelě a s otevřeností, že jim mohou poskytnout kvalitní péči, a že jim mohou vyplnit čas. Pobyt klientů ovlivňuje i jejich nálada, pokud se k nim chovají pozitivně, odráží se to i na chování klientů k nim. OS 1: *„No hodně si myslím, tím, že na ně budeme příjemný, a když se jim člověk trochu otevře, berou to jako, že to je jinačí než v nemocnici, kde oni prostě jenom ležej.“* OS 2: *„Když člověk přijde s dobrou náladou a s úsměvem, tak oni se nám to snaží oplácet.“*

### **Vnímání soukromí – klienti**

***Vnímáte přítomnost pracovníků jako narušení Vašeho soukromí a jak je zajištěno Vaše soukromí?*** - většina klientů přítomnost pracovníků v zařízení vítá. Všichni klienti se shodují na tom, že jim přítomnost pracovníků soukromí nenarušuje. Pracovníci jim vycházejí vstříc a snaží se klientům vždy vyhovět. Paní A: *„Jsem ráda, že jsou tady. Já nejsem náročnej člověk.“* Paní S: *„Je o mě postaráno a jsem s tím spokojená, takže já nevyžaduju, aby tady pořád někdo byl. Sestřičky, ty ať si zatím dělaj,*

co chtěj.“ Pan K: „Hygienu si dělám sám a nikdo mě neruší, já se umeju a obleču sám.“ Pan F: „Jo soukromí na wc by se mohlo zlepšit, jinak jsem sám na pokoji a mám soukromí.“

***Je pro Vás soužití s ostatními klienty nějak rušivé, a pokud ano, tak v čem konkrétně?***

- vnímání soužití ovlivňuje povaha klienta, jeho nálada i různé situace. Pan K: „Jednomu jsem moc nerozuměl, protože to byl Němec, ale jinak to pro mě zatím nebylo rušivé, protože oni nebyli soběstační, jenom leželi nebo seděli a já jsem jezdil.“ Paní A: „Když se nechci bavit, zalezu do pokoje, kde mám čtení a luštění, a je mi dobře. Když má ona návštěvu, tak já je tady nechci poslouchat, tak si jdu sednout do chodby.“ Pan F: „Jsem spokojený, že jsem sám na pokoji a nemám rád společnost.“ Klienti se shodují, že je pro ně náročné setkávat se anebo bydlet s klienty, kteří trpí syndromem demence. Tito klienti se projevují zmateně a narušují soukromí ostatních klientů, a proto jsou jimi hůře akceptováni. Podle některých klientů není jejich zmatenost pouze neuvědomovaným projevem, ale i projevem schválnosti. Pan K: „Kdyby ta paní jezdila jenom po chodbě, tak ať si jezdí od rána do večera, jenomže ona vymete každej pokoj, třeba mě ve tři hodiny ráno vzbudila.“ Paní M: „Ona ta ženská pořád křičí a něco povídá a já jí nerozumím.“ Pan F: „Šmejdí tady po chodbě, a pořád otáčí ty cedulky, co jsou na dveřích, musím jí to pořád říkat, a ona to nechce pochopit.“

## **Vnímání soukromí – pracovníci**

***Vnímáte vaši přítomnost jako narušení soukromí klientů a jak se snažíte zajistit jejich soukromí?***

- pracovníci se domnívají, že je klienti nevnímají jako někoho, kdo by jim narušoval soukromí, ale shodují se na tom, že činnosti spojené s ošetřováním mohou být pro ně rušivé, a to i pro klienty, kterých se prováděná činnost netýká. OS 1: „Myslím, že oni jsou spíš rádi, když tam přijdeme, protože oni jsou v tom pokoji sami.“ OS 1: „Nebo je to klientka, která vyžaduje koupel vyloženě od ošetřovatelek, nechce koupat od mužů, tak to si člověk uvědomuje, že to je intimní věc, že tam je narušitelem.“ OS 1: „Anebo já si myslím, že když se chodí v noci polohovat, že to narušuje i ty, co se nepolohou, tak je vzbudíš už jenom tím, že otevřeš dveře.“ OS 2: „Když jsme měli nověj příjem, tak pro tu klientku bylo strašně těžký první přebalení, první

*na záchod, první koupání.*“ Soukromí klientů pracovníci zajišťují pomocí závěsů na pokojích, cedulek na dveřích, domluvou s rodinnými příslušníky, zavíráním dveří a klepáním na dveře. OS 2: *„Třeba na záchodě klienta nemohu nechat samotného a musím tam stát, ale když můžu, jdu za dveře.“* OS 2: *„Ale třeba když musí asistovat druhá ošetrovatelka, tak to soukromí úplně zajistit nejde.“* OS 1: *„Když má klient návštěvu, přijdeme později nebo po domluvě s rodinou, oni jsou většinou ochotný.“*

***Myslíte si, že je pro klienty soužití s ostatními klienty nějak rušivé a pokud ano, tak v čem konkrétně?*** - pracovníci vnímají soužití klientů často jako problematické. Jedná se například o rozdílnou národnost, rozdílný zdravotní stav nebo soběstačnost a rozdílné potřeby klientů. OS 1: *„Třeba když dáte Rusku s Němkou, klienta s demencí a bez demence, někdo má rád chlad a někdo teplo nebo když je ten klient problémový nebo když vydává nějaké zvuky, tak to je třeba taky ruší, že křičí.“* OS 1: *„Někteří klienti neberou to, že ty klienti s demencí jsou nemocný, oni si myslí, že jsou hloupý, že je blbá, krade, furt někam leze, jedna klientka už i byla napadena.“* OS 2: *„Oni mají z nich třeba strach.“* OS 2: *„Občas vznikají nedorozumění i mezi klienty, protože se navzájem z důvodu nemoci toho druhého nepochopí a my to musíme řešit.“*

## **Hodnocení nabízených činností v zařízení – klienti**

***Pokud se účastníte aktivizačních terapií, vyhovuje Vám jejich náplň? Pokud se terapií neúčastníte, tak z jakého důvodu?*** - účast klientů na aktivizačních terapiích závisí na jejich zdravotním stavu a povaze. Někteří klienti se cítí dobře mezi ostatními a někteří tráví čas raději sami. V zařízení klienti postrádají možnost koupele či delšího sprchování a případně masáž těla. Paní S: *„Ne tam já nemám na nic, mně se pořád točí hlava. Já ani doma jsem nechtěla jít na balkón, protože ten velký prostor ten mě vždycky tak... Ted' momentálně mám pořád takovou touhu, chtěla bych masáž nohou. Já jsem to říkala, ale oni na to nemaj lidi na tyhle věci.“* Paní A: *„Jakmile tam něco je, tak pokaždý tam jedu. Oni vědí, že jedu, odvezou mě a přivezou a náplň mi stačí. No jsem tam mezi lidma. Vždycky jsem byla zvyklá mezi lidma hodně.“* Pan F: *„Já už tam nechodím dlouho, už pár roků, s některýma se radši vyhnu.“* Paní M: *„Já už nikam nemůžu, já nechci nic.“*

## **Hodnocení nabízených činností v zařízení – pracovníci**

*Myslíte si, že odpovídají aktivizační terapie přáním a potřebám klientů a pokud ne, tak z jakého důvodu?* - aktivizační terapie se socioterapeutkou jsou určeny spíše jen klientům, kteří jsou více soběstační. Aktivizace, kterou provádějí s klienty přímo pracovníci, jsou spíše zpestřením nebo vyplněním času klientů, a neodpovídají skutečným potřebám klientů. V zařízení také chybí dostatečná individuální aktivizace.

OS 2: *„Chtělo by to více speciálních pracovníků, který by se opravdu zaměřovaly na tuhle péči a my bychom se pak nemuseli tolik stresovat, protože my na to nemáme čas.“*

OS 1: *„Socioterapeutka by si měla sednout k jednomu klientovi a mluvit s ním, ale úplně se všema, to tady pokulhává.“* OS 1: *„Aktivizační pracovník se musí těch lidí zeptat, co by je bavilo, ty lidi jsou pak úplně šťastný, a i pak jinak spolupracují s náma.“* OS 2: *„Vlastně máme tady hodně klientů, kteří už stárnou a jsou tu na odpočinku, za svých mladých let nebyli zvyklí na různé aktivizace, oni pečovali o domácnost a zahradu.“*

*Jak motivujete klienta, který se nechce účastnit aktivizačních programů?* - pracovníci se snaží motivovat všechny klienty s ohledem na jejich zdravotní možnosti. Většina klientů se ze zdravotních důvodů aktivizačních terapií zúčastnit nemůže. Snaží se je nalákat na typ programu, na osobu z personálu, která tam bude přítomna nebo na nějaké dobroty či kávu nebo hezké počasí. OS 1: *„Jeden klient seděl na terapii v klubovně a namaloval jeden obrázek a tím to pro něj skončilo. A já jsem tam přišla a říkám, ale vám tam chybí červená, namalujete mi něco červeného? Dostal nový papír a namaloval mi samý srdíčka.“* Pokud se klient odmítá terapií účastnit a nelze jej už více motivovat, pracovníci jeho rozhodnutí respektují, a snaží se mu nabídnout alternativní činnost. Pracovníci zohledňují i informace o klientech a o jejich dřívějších zvyklostech, které získávají například od rodiny. OS 2: *„Pokud člověk opravdu nechce, tak my nemáme právo ho nutit, třeba u jedné klientky mi její dcera řekla, že maminka nikdy nebyla společenská, tak já potom takovýho člověka k tomu nebudu nutit.“*

## 8 ANALÝZA VÝSLEDKŮ A DISKUSE

### 8.1 Analýza výsledků

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak senioři prožívají pobyt v sociálním zařízení a současně, jak pracovníci daného zařízení prožívají práci s těmito seniory. Hlavním záměrem výzkumu, který spojuje dílčí cíle, měl být návod ke zlepšení přístupu a vztahu pracovníků k seniorům v daném zařízení. K dosažení těchto cílů byly stanoveny výzkumné otázky zaměřené na prožívání klientů a pracovníků v daném zařízení. Na základě uvedených výsledků výzkumu lze na otázky odpovědět následovně:

**1) Jak senioři s chronickým zdravotním postižením prožívají pobyt v představeném typu sociálního zařízení? Klienti: vnímají** vlastní omezení způsobené zhoršeným zdravotním stavem, sníženou soběstačností a schopností sebeobsluhy, ztrátou domova a ztrátou možností realizace původních plánů; **cítí se být** v zařízení ve svém věku přijímání a podporování, i od pracovníků, kteří se k nim chovají s respektem k jejich věku; **pocit'ují** vzájemný vztah s pracovníky jako založený na důvěře, bez které by jejich pobyt v zařízení nebyl možný; **vnímají** přístup pracovníků k nim jako individuálně přizpůsobený jednotlivým klientům, ale odvíjí se i od individuální povahy jednotlivých pracovníků; **vnímají** komunikaci s pracovníky jako závislou na faktorech, které se týkají časových možností pracovníků, jejich převážně mladšího věku a převážně ženského složení kolektivu; **vnímají** zájem pracovníků o jejich přání a potřeby jako reagující a vstřícný; **vnímají** v realizaci svých osobních cílů omezení, která jsou dána jejich aktuálním zdravotním stavem a omezenými možnostmi zařízením; **vnímají** od pracovníků ke svému pobytu dostatečnou podporu, při které je stěžejní zejména vlídný přístup pracovníků k nim; **vnímají** přítomnost pracovníků v zařízení jako potřebnou pro jejich podporu a nevnímají je jako narušitele svého soukromí; **pocit'ují** narušení svého soukromí v určitých situacích při soužití s ostatními klienty; **považují** za náročné soužití zejména bydlení nebo potkávání se s klienty, kteří trpí dezorientací, a s kterými se nemohou domluvit; **vnímají** aktivizační činnosti v zařízení individuálně, v závislosti na svých dosavadních zvyklostech a na jejich aktuálním zdravotním stavu; **uvítali by** i jiné činnosti, které v zařízení nejsou poskytovány.

**2) Jak prožívají pracovníci v přímé péči práci se seniory s chronickým zdravotním postižením v uvedeném zařízení? Pracovníci: respektují** stáří klientů, ale na jejich postoj ke stáří mají vliv převažující obavy z tohoto období, které se prohlubují při jejich práci s klienty v zařízení; jejich práce s klienty vede pracovníky na jedné straně k většímu pochopení stáří, ale na druhé straně k poznání reality nemocného stáří, která je pro pracovníky těžko přijatelná ve vztahu k vlastnímu budoucímu stáří; **vnímají** svůj vliv na důvěru klientů k nim a snaží se o její rozvoj, ale v některých případech nemohou ovlivnit vztah klientů k nim, což pracovníci pocítují jako určitou překážku při své práci s klienty; **uvědomují si** vliv své nálady na prožívání pobytu klientů v zařízení a snaží se, aby se jejich osobní starosti nepřenesly na klienty; náladu pracovníků ale ovlivňují různé stresující faktory, které jim zhoršují schopnost zvládnání jednotlivých činností při práci s klienty, a které mohou vlastními silami jen těžko ovlivnit: zejména *nedostatek času na klienty, únava, zhoršení zdravotního stavu klientů, zvýšené nároky některých klientů, opakované monotónní činnosti, návštěvy klientů v nevhodnou dobu, kontroly vedení, havarijní situace týkající se technického provozu zařízení*; **hodnotí** svůj přístup a komunikaci s klienty jako přizpůsobené jednotlivým klientům, ale jejich přístup i možnost komunikace s klienty ovlivňují i výše uvedené stresující faktory, které jim jejich práci i její prožívání ztěžují; **považují** individuální plánování sociální služby za povinnou součást jejich práce, ale zájem o přání a potřeby klientů i individuální charakter potřeb klientů vnímají jako přirozenou a nezbytnou část podpory klientů; **vnímají** při plánování sociální služby s klienty jejich omezení zdravotním stavem, který jim nedovoluje realizovat své osobní cíle podle svých skutečných přání a potřeb; **hodnotí** pozitivní vliv individuálně rozšířených služeb, které jsou poskytovány nad běžný rámec, na prožívání klientů; **uvědomují si** vliv svého přístupu ke klientům na jejich prožívání pobytu, a proto k nim přistupují pozitivně, to znamená ochotně a vlídně; **vnímají** svou přítomnost v zařízení jako narušení intimity a soukromí klientů, i přes používání dostupných pomůcek k zajištění většího soukromí klientů, a i přesto, že si uvědomují, že je klienti jako narušitele svého soukromí většinou nevnímají; **hodnotí** společné soužití klientů v určitých situacích jako obtížné, zejména soužití s klienty, kteří trpí syndromem demence, a které někteří klienti neakceptují; případné neshody klientů pak zvyšují vnímanou náročnost jejich práce; **hodnotí** nabízené činnosti v zařízení

pozitivně, ale vzhledem k aktuálnímu složení klientů tyto činnosti neodpovídají jejich skutečným potřebám; klienti by dle pracovníků potřebovali více individuální socioterapeutické podpory, což by usnadnilo i jejich práci.

### **3) *Jak zlepšit profesionální přístup a vztah pracovníků v přímé péči k seniorům s chronickým zdravotním postižením v představených zařízeních?***

Pro zlepšení přístupu a vztahu pracovníků ke klientům navrhuji následující řešení:

***Poskytnout pracovníkům větší podporu v oblasti supervize*** - pracovníci prožívají při práci s klienty značný stres, přičemž se jedná i o stresující faktory, které pracovníci nemohou vlastními silami ovlivnit, a které jsou způsobeny zejména individuálními nároky jednotlivých klientů. Protože nelze těmto stresujícím vlivům zamezit, je zapotřebí, aby pracovníci měli možnost si své pocity vůči jednotlivým klientům zpracovat prostřednictvím individuální a skupinové supervize, kde by mohli své pocity sdílet i se svými kolegy. Jednou z možností pro zlepšení této oblasti je zajištění externích supervizí pomocí státních dotací určených k poskytování sociální služby nebo případně použít vlastní prostředky společnosti s vizí toho, že spokojenost pracovníka se odrazí na spokojenosti klienta. V časovém horizontu jednoho měsíce je reálné zvýšit současnou frekvenci externích skupinových supervizí na tříměsíční interval a interních supervizí na dvouměsíční interval.

***Zvýšit péči o pracovníky pomocí řízených relaxací a psychologické podpory:*** výsledky svědčí o mnohých stresujících vlivech vnímaných pracovníky. Pracovníci k nim řadí i zvýšenou únavu a případné problémy v osobním životě, které se sice snaží oddělit od pracovní činnosti, přesto je však při jejich práci ovlivňují. Navíc pracovníci, jejichž hlavní náplní práce je pečovat o fyzickou a duševní pohodu klientů, by měli mít možnost získat také adekvátní psychickou podporu. K uskutečnění této oblasti je možné soustavně motivovat pracovníky k využívání podpory interního psychologa, případně v horizontu jednoho měsíce navázat kontakt s externím psychologem, který by měl vymezený čas i pro řízené relaxace, které s interním psychologem vzhledem k jeho časovému vytížení, kdy se věnuje zejména klientům, lze jen těžko realizovat.

***Zlepšit vzájemnou komunikaci pracovníků a vedení společnosti:*** například s ohledem na zjištění týkajících se nepřizpůsobených aktivizačních terapií. Je zřejmé, že o určitých aspektech poskytování služby se lze dozvědět především od pracovníků

v přímé péči, kteří jsou klientům nejbližší, a nejlépe znají jejich aktuální potřeby. Proto je zapotřebí stávající komunikaci mezi pracovníky a vedením společnosti, směřovat tak, aby se vedoucí pracovníci i management společnosti dozvěděli bližší informace nutné ke kvalitně poskytované službě klientům, a dát pracovníkům v přímé péči šanci se na tomto cíli aktivně podílet. Ke splnění úkolu je potřeba informovat zejména vedoucí pracovníky a upravit náplň jejich týmových schůzek, které se budou zaměřovat i na zjišťování spokojenosti pracovníků a na jejich návrhy na zlepšení služby. Pro realizaci úkolu je možné stanovit dvouměsíční časový horizont.

**Zlepšit organizaci a koordinaci činností pracovníků:** vzhledem k výsledkům, které dokládají, že pracovníci vykonávají jednotlivé činnosti v časové tísní. Pracovníci také musí rozdělovat svůj čas mezi základní péči o klienty a jejich aktivizaci, což se jim v současné době nedaří. Ke zvýšení efektivity organizace pracovního času je nutné domluvit se s pracovníky v přímé péči, s vedoucími pracovníky a s managementem společnosti na možnostech úpravy časového harmonogramu pracovníků, jehož tvorba a zavádění představuje dlouhodobější cíl.

**Zlepšit postoj pracovníků k individuálnímu plánování sociální služby:** z výsledků vyplývá, že pracovníci nevnímají spojitost mezi přirozeným zájmem o přání a potřeby klientů a individuálním plánováním, které považují pouze za nutnou součást jejich práce. Údaje získané od klientů svědčí o reagujícím přístupu pracovníků k potřebám klientů, ale klienti nehovoří o aktivním zájmu pracovníků o jejich přání a potřeby. Proto by se současné schůzky zaměřené na individuální plánování měli začít při příštím setkání zabývat i zlepšením postoje pracovníků. Pro realizaci uvedeného návrhu již byly uskutečněny některé kroky, např. byly pro pracovníky pořádány interní semináře na téma: Co je individuální plánování a proč ho děláme; pro pracovníky byl také sestaven manuál s popisem možností, jak individuálně plánovat s klienty, kteří trpí demencí.

**Zprostředkovat klientům více sociálního kontaktu:** vzhledem ke zjištění, která ukazují, že klientům chybí možnost individuální komunikace někdy i s ohledem na převažující ženský kolektiv v zařízení a nejvíce postrádají kontakt se svou rodinou. Proto navrhuji následující řešení pro zvýšení sociálního kontaktu klientů s okolím, které lze přiřadit k dlouhodobějším cílům společnosti: získat pro spolupráci rodinné příslušníky klientů a více je angažovat v podílení se na poskytování sociální služby



klientům; rozvinout dobrovolnickou aktivitu - navázat kontakty s VOŠ nebo VŠ v okolí a zvát studenty /čtení, komunikace, atd./, přičemž pro studenty by tato aktivita představovala výhodnou praxi, pro klienty příjemné zpestření; získat prostředky na vybudování kavárny nebo bufetu v zařízení, kde by klienti mohli trávit svůj čas.

*Vzdělávat pracovníky, klienty, rodinné příslušníky i širší veřejnost v oblasti syndromu demence:* ohledem na zjištění, že především klienti trpící demencí nejsou v zařízení ostatními klienty často akceptováni a projevy jejich nemoci jsou klienty považovány za projevy schválnosti, dále vzhledem k tomu, že pracovníci si často nevědí rady s řešením sporů mezi klienty navzájem z výše uvedených důvodů a mají potíže s individuálním plánováním s klienty, kteří trpí demencí. Proto navrhuji pořádání pravidelných seminářů zaměřených na danou oblast, a které povedou k většímu porozumění projevům klientů trpících syndromem demence. Přednášky by mohly být vedeny odborníky na danou problematiku v časovém intervalu dvou měsíců.

## 8.2 Diskuse

Původním záměrem této práce bylo hlouběji se ponořit do problematiky seniorů trpících syndromem demence, a navázat tím na téma mé bakalářské práce, která se zabývala právním postavením osob trpících Alzheimerovou chorobou. Od tohoto záměru jsem upustila především z důvodu snížené možnosti získat údaje o prožívání pobytu těchto seniorů v sociálním zařízení, přičemž zjištění prožívání klientů je jedním z hlavních cílů mé diplomové práce. Proto jsem se následně zaměřila na klienty, kteří syndromem demence netrpí, a jejichž prožívání pobytu v sociálním zařízení je stejně důležité jako prožívání klientů s demencí.

Při výzkumu jsem pro výběr respondentů jako hlavní kritérium stanovila podmínku, aby do výzkumu nebyli zařazeni klienti, kteří trpí poruchou komunikace a nejsou schopni porozumět obsahu položených otázek v rozhovoru. Toto kritérium zásadně snížilo okruh potenciálních účastníků výzkumu s ohledem na to, že v daném zařízení žije více klientů, se kterými by nebylo možné provést výzkumný rozhovor, což představuje jeden z největších nedostatků výzkumu. V opačném případě by mohla být učiněná zjištění dalšími respondenty více potvrzena nebo naopak vyvrácena, a bylo by tak možné lépe postihnout zkoumanou realitu.

Zajímavým výsledkem výzkumného šetření je v uvedeném kontextu zjištění, že klienti vnímají převážně negativně soužití s klienty, kteří trpí syndromem demence, a o jejich vzájemných vztazích hovoří i pracovníci, kteří je vnímají často jako problematické. Tyto výsledky lze volně přirovnat k výsledkům studie, kterou provedl Dobbs ve státě Maryland ve Spojených státech amerických, uvedenou v teoretické části této práce v podkapitole 3.1.1 s názvem Rizika spojená s pobytem seniorů v ústavním zařízení. Z výsledků vyplynulo, že diskriminace seniorů v ústavní péči je běžným jevem, a vyskytuje se i mezi klienty navzájem, přičemž diskriminace je zvýšená vzhledem k druhu onemocnění, a závažnější je u kognitivních postižení (Dobbs aj., 2008).

Ke kognitivním postižením lze zařadit syndrom demence, kterým trpí podstatná část klientů DpS Vila Maria. Vzhledem k závažnosti zjištění by bylo prospěšné pokusit se prozkoumat uvedenou problematiku. Případný výzkum by se mohl zabývat otázkou znějící: Jak zlepšit oblast společného soužití klientů žijících v sociálním zařízení s klienty trpících syndromem demence, kteří žijí ve stejném zařízení?

Neméně důležité a pro tento výzkum prioritní jsou výsledky týkající se vzájemného vztahu mezi klienty a pracovníky. Výhodu učiněného šetření spatřuji ve zjištění, že si pracovníci uvědomují, že podstatnou součástí jejich práce je profesionální přístup ke klientům, jenž má zásadní vliv na jejich prožívání pobytu v zařízení. Současně je však používání tohoto přístupu omezeno různými stresovými faktory, které na pracovníky při jejich práci s klienty negativně působí, což představuje velkou výzvu pro vedení společnosti v oblasti péče o pracovníky.

Další výhodou provedeného výzkumu jsou zjištěné údaje od jednotlivých klientů, které ukazují, že pracovníci jsou pro klienty zřejmě podporou, a současně nebylo zjištěno, že by docházelo ze strany pracovníků k nějakému neprofesionálnímu chování. Na druhou stranu, klienti se podle mne mohli obávat projevat kritiku vůči pracovníkům, na kterých jsou při svém pobytu v zařízení závislí, a je tedy možné, že zjištěné údaje zcela neodpovídají jejich skutečnému prožívání. Velmi přínosné je také zjištění týkající se aktivizačních terapií poskytovaných v zařízení. Z výsledků vyplývá, že současné nabízené aktivizační činnosti v zařízení neodpovídají aktuálním potřebám klientů, což je v oblasti péče o klienty důležitá zpětná vazba pro vedení společnosti.

Největší nevýhodu šetření spatřuji v mé roli spolunávštěvníka zařízení a současně

sociálního pracovníka, která splývala s rolí výzkumníka. Za prvé mohl být můj zájem o téma účastníky vnímaný pouze jako součást mého vysokoškolského studia, což mohlo mít vliv na snížení mé věrohodnosti a autenticity. Za druhé se nemohu plně spolehnout na pravdivost získaných odpovědí od pracovníků, kteří měli tendenci vznášet kritiku především na oblasti, které spadají do kompetencí vedení společnosti. Na druhé straně mě překvapila otevřenost pracovníků i to, že přiznávali některá svá pochybení.

Zásadní výzvou je pro mne zjištění, že pracovníci projevují značný zájem o komunikaci zaměřenou na jejich práci s klienty, a současně o kooperaci na lepším poskytování služby klientům. Dlouhodobým úkolem je pro mne tedy oblast zlepšení komunikace s pracovníky v přímé péči a přetvořit jejich aktivní zájem ve smysluplnou spolupráci, dokud pracovníci projevují svou účast. Další dlouhodobější úkol v oblasti mého působení v organizaci, je nalézt možnosti, jakým způsobem mohu přispět ke zlepšení prožívání činnosti pracovníků, tak abych se současně neocitala ve střetu zájmů podobně jako při realizaci tohoto výzkumu, a jak zlepšit společné soužití klientů se sníženou soběstačností s klienty, kteří trpí syndromem demence, a kteří nemohou projevit svá přání a potřeby, přesto však zůstávají nadále lidmi.

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jak zlepšit přístup a vztah pracovníků v přímé péči k seniorům žijících v zařízení pro seniory. Nejprve byla zmapována teoretická oblast v příslušném oboru, která byla rozdělena na čtyři části. První část práce se zaměřila na charakteristiku seniorského věku a společenských souvislostí. Další části byly věnovány konkrétnímu popisu sféry poskytování služeb seniorům se sníženou soběstačností. Závěr teoretické části byl vymezen k představení typu vybraného sociálně-zdravotnického zařízení poskytujícího komplexní služby seniorům. V návaznosti na teoretickou část byl zformulován výzkumný problém a k jeho řešení byly stanoveny výzkumné otázky, převedeny do tematických okruhů. Jednotlivá témata se vztahovala k prožívání klientů a pracovníků při jejich pobytu či působení v zařízení. K dosažení cíle bylo v zařízení provedeno kvalitativní šetření s použitím metody případové studie, kde výzkumný soubor tvořilo 5 klientů a 12 pracovníků. Pro zpracování kazuistik byly s klienty uskutečněny rozhovory a analýza jejich zdravotní a sociální dokumentace. Pro získání dalších dat byly sestaveny ohniskové skupiny s dvěma týmy pracovníků. Data byla následně zpracována pomocí obsahové analýzy. Studie prokázala, že na prožívání pobytu seniorů v zařízení má značný vliv přístup a vztah pracovníků, kteří o ně pečují. Bylo zjištěno, že klienti pocítují od pracovníků dostatečnou podporu, při které považují za podstatný zejména kladný a akceptující přístup k nim. Stejně tak u pracovníků lze dojít k závěru, že si uvědomují svůj vliv na vnímání pobytu klientů a snaží se o vlídný a respektující přístup, který je přizpůsobený jednotlivým klientům. Negativa lze spatřovat v nedostatečné časové organizaci činnosti pracovníků, která významně ovlivňuje možnosti jejich přístupu a vztahu ke klientům a současně v nedostatečné podpoře pracovníků ze strany vedení společnosti s ohledem na náročnost jejich práce. Získané výsledky mohou být cenným zdrojem informací zejména pro poskytovatele služeb daného zařízení, který by při jejich zohlednění mohl zvýšit kvalitu služeb. Proto byly v závěru výzkumu navrženy náměty na zlepšení především s vytyčením možných úkolů zahrnujících převážně oblast profesionální podpory pracovníků a reorganizaci jejich pracovní činnosti.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie

1. BICKOVÁ, Lucie, Iva ČERNÁ, Marie FROULÍKOVÁ, Martin HAICL aj. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-809-0466-814.
2. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-802-6200-277.
3. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. Sociální gerontologie: úvod do problematiky. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 263 s. ISBN 978-802-4739-014.
4. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4741-383.
5. FRÖHLICH, Andreas D. Basale Stimulation [online]. Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1991.[cit. 2015-03-08]. Dostupný také online ve formátu pdf z: <http://www.Estimulacionbasal.net/pdf/alema.pdf>
6. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-703-8158-2.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. 2. podst. přepr. a dopl. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-807-2629-008.
9. HOGENOVÁ, Anna. K fenoménu stáří. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2013. ISBN 978-807-2905-935.
10. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ, Květa ZIKMUNDOVÁ a kol. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. přepr. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-802-5401-798.
11. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-802-4741-390.
12. JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-725-4329-6.

13. JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-736-8110-2.
14. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4724-546.
15. KALVACH, Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
16. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7181-6.
17. KOUKOLÍK, František. Metuzalém: o stárnutí a stáří. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-802-4624-648.
18. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4731-483.
19. MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Přel. Kateřina LEPIČOVÁ. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6201-809.
20. MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.
21. MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. 2. rozš. a přepr. Vyd., Praha: SLON, 1999. ISBN 80-858-5076-1.
22. MATOUŠEK, Oldřich a kol. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-717-8473-7.
23. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
24. MORGAN, David L. Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu. Brno: Psychologický ústav Akademie věd, 2001. ISBN 80-858-3477-4.
25. MÜHLPACHR, Pavel. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
26. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. Stáří a smysl života. V Praze: Univerzita Karlova, 2011. ISBN 978-802-4619-972.
27. QUISOVÁ, Silvie. Sociální komunikace v pomáhajících profesích. Opava: Slezská

- univerzita v Opavě, 2009. ISBN 978-80-7248-551-2.
28. REAMER. Social Work Values and Ethics. New York: Columbia University Press, 1995.
29. , Pavel. Cesta životem. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-703-8078-0.
30. SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ. Sociologie stáří a seniorů. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4738-505.
31. ŠIKLOVÁ, Jiřina. Vyhoštěná smrt. Praha: Kalich, 2013. ISBN 978-807-0171-974.
32. TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-726-2365-6.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8308-0.
34. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4721-705.

#### **Kapitoly z monografií**

35. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Hodnotové orientace zdravotníků a ve zdravotnictví. In: Zuzana HAVRDOVÁ a kol. Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2010, s. 13-23. ISBN 9788087398067.
36. HAVRDOVÁ, Zuzana a Jiří ŠAFR. Kongruence v hodnotách jako ukazatel vztahů v péči o seniory. In: Zuzana HAVRDOVÁ a kol. Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2010, s. 85-106. ISBN 9788087398067.
37. JAROLÍMOVÁ, Eva. Stárnutí, osobnost a změny. In: Iva HOLMEROVÁ, a kol. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3. přepr. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. s. 59-65. ISBN 978-802-5401-798. Dostupné z: <http://www.geriatrie.cz/dokumenty/VybrKapZGerontologie.pdf>
38. MATOUŠEK, Oldřich a Pavel HARTL. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In: Oldřich Matoušek a kol. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003, s. 51-63. ISBN 80-717-8548-2.
39. ŠTEGMANNOVÁ, Ingrid a Zuzana HAVRDOVÁ. Individualizace péče jako lakmusový papírek "nového" přístupu v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. In: Zuzana HAVRDOVÁ a kol. Hodnoty v prostředí sociálních a

zdravotních služeb. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2010, s. 41-65. ISBN 9788087398067.

40. SLÁDEK, Miloš. Inspekce kvality v domovech pro seniory jako ukázka střetu různých hodnot. In: Zuzana HAVRDOVÁ a kol. Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií, 2010, s. 109-124. ISBN 9788087398067.

### **Články v časopisech**

41. DOBBS, D., J. K. ECKERT, B. RUBINSTEIN, L. KEIMIG, et al. An Ethnographic Study of Stigma and Ageism in Residential Care or Assisted Living. *The Gerontologist* [online]. 2008, vol. 48, issue 4, s. 517-526 [cit. 2015-03-08]. DOI: 10.1093/geront/48.4.517.
42. HANUŠ, P. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce*. 2007, roč. 7, č. 1, s. 5-7. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2>
43. JANEČKOVÁ, H., E. DRAGOMIRECKÁ a E. HOLMEROVÁ. The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. *Central European journal of public health* [online]. 2013, roč. 21, č.2, s.63-71 [cit.2015-03-08]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24053061>
44. MAKOVCOVÁ, S. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. *Sociální služby*. 2010, roč. 12., č. 5, s. 26. ISSN 1803-7348.
45. MUSIL, L. Standardy kvality a sociální práce v sociálních službách. *Sociální práce*. 2004, roč. 4, č. 1, s. 53-74. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2>
46. TROEN, B. R. The biology of aging. *The Mount Sinai journal of medicine* [online]. 2003, roč. 70, č. 1, s. 3-22 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12516005>
47. VÁVROVÁ, S. Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory jako totální instituce. *Sociální práce*. 2012, roč. 12, č. 4, s. 39 - 47. ISSN 1213-6204. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2>



### **Elektronické zdroje**

48. ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. MPSV. Sociální práce a sociální služby. Expertní panel k sociálně zdravotní péči. [online]. MPSV, ©2010 [cit. 2015-03-08] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8376>
49. ČESKO. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. MPSV. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 (Kvalita života ve stáří) [online]. MPSV, © 2008 [cit. 2015-03-08] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5045>
50. DOP-HC. O nás. Dop-hc.cz [online]. DOP-HC s.r.o. © 2005 - 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z <http://www.dop-hc.cz/o-nas/>
51. DOP-HC. Informace. Dop-hc.cz [online]. DOP-HC s.r.o. © 2005 - 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z <http://www.dop-hc.cz/informace/>
52. DOP-HC. Služby. Dop-hc.cz [online]. DOP-HC s.r.o. © 2005 - 2015 [cit. 2015-03-08]. Dostupné z <http://www.dop-hc.cz/sluzby/>

### **Legislativní dokumenty**

53. ČESKO. Zákon o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, č. 108.

# PŘÍLOHY

## PŘÍLOHA č. 1

### KAZUISTIKY VYBRANÝCH KLIENTŮ

#### *Kazuistika – paní A.*

**Rodinná anamnéza** - narodila se v Čechách v malém městě poblíž Prahy. Měla jednoho staršího bratra, který už nežije. Její rodiče měli šťastné manželství, ale v době, kdy jí bylo osmnáct let, její otec zemřel. Klientčin bratr měl už v té době svou rodinu a odstěhoval se k manželce na Moravu. Matka už si nikoho jiného nevzala a ve svých šedesáti letech zemřela, což bylo pro klientku velmi těžké období, protože si s matkou byly hodně blízké. Klientka se vdávala ve dvaceti třech letech a s manželem se odstěhovala do nedalekého města. Se svým manželem prožila čtyřicet pět let a velmi ráda na toto období vzpomíná. Byla spokojená, protože si velmi rozuměli. Měli spolu dva syny, kterým je nyní padesát a padesát sedm let. Paní A. celý život pracovala jako zdravotní sestra. Po dobu patnácti let vykonávala svou profesi v mužské věznici a práce ji bavila. Poté působila na dermato-venereologickém oddělení v nemocnici a prováděla i terénní výzkumy v oblasti výskytu pohlavních chorob. Zabývala se šířením nákazy pohlavních chorob mezi jednotlivci. Ve zdravotnictví pracovala celkem čtyřicet let. Před osmi lety její manžel náhle zemřel na infarkt. Předtím byl úplně zdravý a doma ho zničehonic přepadla prudká bolest na hrudi. Pokoušela se ho zachránit a zavolala mu sanitku, ale manžel do tří dnů v nemocnici zemřel. Od té doby se život paní A. změnil a svého manžela doteď velmi postrádá. Se syny má dobré vztahy, které se nezhoršily ani po smrti jejího manžela, jen už se spolu od té doby tolik nestýkají.

**Osobní anamnéza** - klientka ve dvaceti letech onemocněla diabetem prvního typu, a od té doby navštěvuje diabetologa a užívá několikrát denně inzulín. V padesáti šesti letech začala mít potíže s hybností. Poté podstoupila neurologická vyšetření a byla jí diagnostikována roztroušená skleróza. Postupně ochrnula na obě dolní končetiny a od té doby se může pohybovat pouze na invalidním vozíku. Velmi těžce se vyrovnávala se svým onemocněním, ale žádnou psychologickou léčbu v té době

nepodstoupila. Přestože se její soběstačnost náhle velmi snížila, snažila se být co nejméně závislá na svém okolí. Využívala služeb zdravotní domácí péče a částečně jí pomáhal manžel a synové. Po smrti manžela utrpěla velkou ztrátu a odstěhovala se ke svému synovi do západočeského kraje. Syn jí zajistil bydlení v bezbariérové ubytovně pro osoby se sníženou soběstačností poblíž jeho domova. V zařízení klientka bydlela celkem tři roky, kde jí personál pomáhal ráno s vysazením do vozíku a večer s uložením na postel a částečně s hygienou. Klientka pobyt v ubytovně hodnotí pozitivně. V roce 2013 byla klientka převezena sanitou do nemocnice pro náhlé zhoršení zdravotního stavu, kdy měla vysoké horečky a zvracení. Kromě toho byla zřejmě po pádu, protože měla silně odřený loket. Klientka dodnes neví, co se jí přihodilo. Z nemocnice pak byla přeložena na oddělení LDN, kde se od jedné sestřičky dozvěděla o našem zařízení. V DpS Vila Maria klientka žije čtrnáct měsíců a prý je tu spokojená. Její synové jí v zařízení navštěvují. Problém je ale v tom, že jeden ze synů, který bydlí nedaleko, jezdí často po světě s kamionem, a proto nebývá moc doma. A druhý syn bydlí střídavě v Praze a na Vysočině, a nemá tedy moc času se za svou matkou dopravovat. Naposledy u něj trávil Vánoce s jeho rodinou a bylo jí nabídnuto se s nimi odstěhovat na Vysočinu, to ale klientka odmítla.

**Současný stav** - klientka je velmi komunikativní a společenská a v zařízení se zapojuje do všech nabízených činností. Účastní se také kulturních akcí i výletů. Ráda pobývá v kolektivu a má bezproblémové vztahy se spolubydlíci i s personálem. Klientce se prý v našem zařízení líbí, na pokoji, který sdílí ještě s jednou klientkou, je také spokojená. Nejvíce prý oceňuje, že se tento pokoj nachází v přízemí budovy, tudíž má bezbariérový vstup do zahrady a krásný výhled z okna. Velmi se těší na jaro, kdy bude moci v zahradě trávit více času, a jejím cílem je také zachovat si co největší soběstačnost.

**Aktivity instituce a jejich hodnocení** - na začátku pobytu je klientce poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče a socioterapie. Nutná je rehabilitační péče, jejímž cílem je zachování co největší soběstačnosti a zmírnění bolestí. Za klientkou přicházím z důvodu podepsání Smlouvy o poskytnutí sociální služby v DpS a sepsání sociální anamnézy. Protože je klientka velmi společenská a chybí jí kontakt s její rodinou, snažím se o zprostředkování co největšího sociálního kontaktu s jejím okolím. Společně

se socioterapeutkou žádám dobrovolnickou organizaci, se kterou již dlouhodobě spolupracujeme, aby za klientkou chodila dobrovolnice, která si s ní občas popovídá. Klientce je také nabízeno zapojování se do činností, které má v zařízení na starosti socioterapeutka, například výzdoba chodeb a úklid klubovny. Vzhledem k tomu, že se s menší dopomocí zvládá pohybovat po celém areálu, je jí nabídnuta možnost trávit čas i s pacienty na DOP a účastnit se zde dalších činností, které zařízení Vila Maria neumožňuje, například pobyt v zimní zahradě. Případ klientky je specifický zejména tím, že pochází z jiného kraje, a nikoho zde nezná. Klientka se v našem zařízení stále ještě adaptuje a navazuje nové vztahy. Je pro ni velmi přínosný kontakt s ostatními klienty, kteří jsou také relativně soběstační, a s kterými si může popovídat. Klientce by prospěl větší kontakt s její rodinou a případně i častější pobyty u rodiny.

#### ***Kazuistika – pan F.***

**Rodinná anamnéza** - vyrůstal v severních Čechách a na své dětství vzpomíná velmi dobře. Je z pěti sourozenců. Jeho matka byla Němka a otec byl srbské národnosti. I přesto, že je vyučen jako pekař, většinu života pracoval pro české státní dráhy jako vlakvedoucí a v osmdesátých letech pracoval jako strážný v Německu. V dospělosti žil na Moravě, tam se oženil a měl postupně čtyři děti. Potom se s rodinou odstěhoval za svou sestrou do západních Čech, kde začal pracovat jako vlakvedoucí, což byla většinou kancelářská práce. Jeho matka se odstěhovala do Německa a později tam i zemřela. Klient odjel do Německa na matčin pohřeb a nakonec tam zůstal. S manželkou se rozvedl a do Čech už se nevrátil. Ze všech svých příbuzných vidá pouze jednu ze svých dcer. I když s ním dlouhou dobu dcera vůbec nemluvila, v době, kdy onemocněl, se o něj chvíli starala ve svém domě a poté zařídila jeho hospitalizaci.

**Osobní anamnéza** – klient byl v roce 2006 ve svých šedesáti sedmi letech přijat do DOP s vážným onemocněním nervového systému. Trpěl obezitou, srdečními komplikacemi, polyneuropatií s následnou imobilitou. Potřeboval celodenní ošetrovatelskou péči i s ohledem na zavedenou epicystostomii (přímá drenáž moči z močového měchýře pomocí katétru do sběrného sáčku). V tomto zařízení žil po dobu čtrnácti měsíců a v roce 2007 se klient stěhuje do DpS Vila Maria. S klientem se seznamuji při uzavírání Smlouvy o poskytované službě. Jednání je přítomna jeho

dcera Dagmar, která ho při podpisu smlouvy zastupuje jako opatrovník. Klient se z důvodu svého fyzického postižení není schopen podepsat, ale k podpisu sděluje slovy svůj souhlas. Klient se projevuje velmi komunikativně a s přestěhováním je spokojen. Je také velmi samostatný a v zařízení se dobře adaptuje. Chodí se stravovat do společné jídelny a pohybuje se sám v invalidním vozíku po celém areálu. Často vyjíždí i na DOP za bývalými spolubydlíci. Z jeho chování je zřejmý velice kladný vztah k jeho dceři, která ho po celou dobu jeho pobytu v zařízení pravidelně navštěvuje. Jeho dcera ale měla jinou představu o tom, kde by měl její otec pobývat. Během pobytu klienta v zařízení se jeho dcera snaží opakovaně zařídit jeho přemístění do jiného sociálního zařízení, které je v místě jejího bydliště. Chtěla by otce navštěvovat častěji a umožnit mu trávit přes den čas s jeho vnoučaty v jejich domě a na zahradě. Tuto možnost však klient odmítá a rozhoduje se již natrvalo zůstat v DpS.

**Současný stav** - klient je výjimečný především svou samostatností, kterou se liší od ostatních klientů. Klient často pobývá na zahradě (i v zimních měsících), po které se pohybuje zcela sám na invalidním vozíku. Rád kouří doutníky a sleduje pohyb lidí po areálu. Často se na zahradě potkáváme, když přecházím z jednoho zařízení do druhého. Rád hovoří o svém pobytu v Německu a často pronáší německé věty. Jeho oblíbeným tématem je také politické dění ve společnosti v současných i historických souvislostech. Klient klade důraz na svá přesvědčení a názory a nerad je konfrontován s odlišnými postoji lidí, které má tendenci nepřijímat. Má kladný vztah k vedení zařízení a projevuje vděk za umožnění pobytu zde. Ze začátku projevuje zájem o společenské akce v zařízení, ale později čím dál více dává přednost samotě. Má časté konflikty s ostatními klienty na pokoji, vadí mu i klienti, kteří jsou zmatení, a projevuje se vůči nim agresivně. K personálu se často chová také konfliktně. V průběhu pobytu v zařízení se jeho nespokojenost s personálem stupňuje, klient se projevuje útočně, jak k pracovníkům, tak k ostatním klientům. Rozhovor s psychologkou klient odmítá. Klient žije ve Vile Maria již osmým rokem. Bydlí na jednolůžkovém pokoji ve druhém nadzemním podlaží, kam se dle svého přání před rokem přestěhoval z třílůžkového pokoje v přízemí. V pokoji se může zamykat a pracovníci mají od jeho pokoje klíč, takže mají v naléhavém případě neomezený přístup ke klientovi. Do zahrady se klient, kam stále často jezdí, dostává pomocí výtahu, který zvládá sám obsluhovat. Klient

je se svým pobytem na pokoji i v zařízení spokojený. Vůči pracovníkům a ostatním klientům se ale projevuje často negativně a nejvíce dává přednost samotě. Společenské akce ani individuální terapie klient nevyužívá. Jeho dcera ho v zařízení stále navštěvuje.

**Aktivity instituce a jejich hodnocení** - po přijetí na DOP je klientovi poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče a rehabilitační péče s cílem zlepšení klientovy soběstačnosti. V průběhu pobytu na DOP dochází u klienta k výraznému zlepšení mobility, přetrvává však nedostatečná flexe rukou. Dle dohody s klientem je přeložen na sociální lůžko Vila Maria. Jeho cílem je být co nejvíce soběstačný a podílet se také na chodu zařízení. Je proto domluveno, že bude vykonávat funkci domovníka. Tato činnost obnáší ranní odemykání a večerní zamykání budovy, pomoc s rozvozem nádobí, skládání kartónů od ošetrovatelského materiálu a další. Z toho důvodu, že klient dává přednost samotě, je mu umožněno přestěhování na jednolůžkový pokoj, který je v zařízení jediný. Pracovníci si stěžují na obtížnou komunikaci s klientem a na supervizi jsou opakovaně řešeny různé konfliktní situace mezi pracovníky a klientem. Supervize směřují k pochopení situace klienta a k nalezení optimálního individuálního přístupu ke klientovi. Zároveň je s klientem několikrát veden rozhovor ve snaze ke zmírnění klientových agresivních projevů a k většímu náhledu na své chování.

Dle mého názoru je klient v zařízení převážně spokojen. Je pro něj důležitý zejména pobyt venku v zeleni, což mu naše zařízení poskytuje. Dále mu podle mě vyhovuje nižší počet obyvatel Domova a domáctější atmosféra. Ve větším zařízení, kde žije více jak sto obyvatel, do kterého se mohl přestěhovat, by byl klient pravděpodobně méně spokojený. Také možnost bydlet na jednolůžkovém pokoji ho podle mě přiměla zůstat nadále v našem zařízení. Problém lze spatřovat v jeho konfliktních vztazích s jinými klienty, zejména s klienty trpících demencí, s kterými se často setkává na chodbě, a s ošetrovatelským personálem. Klientovi by prospělo, kdyby měl kolem sebe více podobně relativně soběstačných klientů, s kterými by mohl navázat vztah, proto by bylo vhodné pokusit se vyhledat pro klienta dobrovolníka, který by jej v zařízení navštěvoval.

### ***Kazuistika – pan K.***

**Rodinná anamnéza** - narodil se na Slovensku. Od narození byl vychováván v dětském domově, a své rodiče nikdy nepoznal. O rodiče se prý nikdy nezajímal.

Sourozence poznal až ve dvaceti letech, do té doby nevěděl o jejich existenci. V průběhu života se nevidal se svými sourozenci a ze všech tří už žije jen jeho sestra, které je nyní osmdesát let. V dětském domově žil do svých dvanácti let, potom byl svěřen do pěstounské péče a staral se o něj nějaký sedlák. Žil v zemědělské usedlosti za městem, kde pracoval a chodil do školy. Ráno musel vstávat velmi brzy a než odcházel do školy, musel pracovat v hospodářství. Klientovi se tento život nelíbil, ale jinou možnost prý neměl. Po škole se vyučil horníkem a pracoval v dolech. Poté pracoval nějakou dobu jako dělník na stavbě a posledních dvacet let pracoval jako brusič nábytku v jedné prodejně. Tato práce ho prý v životě bavila nejvíce. Ve dvaceti sedmi letech se oženil a se svou ženou měl pět dětí - čtyři dcery a jednoho syna. Na manželství a rodinný život rád vzpomíná. Manželka před čtyřmi lety zemřela, a od té doby bydlel sám. Jeho děti všichni žijí, nejmladší dceři je čtyřicet pět let. Se všemi dětmi se vídá a má devět vnoučat. Nejbližší vztah má ke své nejstarší dceři, za kterou často jezdí na návštěvu.

**Osobní anamnéza** – klient onemocněl v padesáti dvou letech ischemickou chorobou srdeční a asi v šedesáti letech diabetem druhého typu. Poté začal mít komplikace spojené s cukrovkou. Od té doby trpí chronickým srdečním selháním, chronickým selháním ledvin a tzv. diabetickou nohou. Klient udává, že mu na levé noze vznikl nejprve bérkový vřed, který postupně přešel v gangrénu. Následkem toho mu byly amputovány nejdříve dva prsty na noze a v roce 2012 celá dolní končetina. Od té doby je imobilní a pohybuje se na invalidním vozíku. Služeb domácí péče ani pečovatelské služby nevyužíval, se vším mu pomáhala jeho dcera Monika, která bydlela nedaleko od něj. Později onemocněl respiračním onemocněním a byl převezen do nemocnice. Sociální pracovnice v nemocnici pak společně s jeho dcerou zařídila překlad do DOP.

**Současný stav** - klient bydlí na pokoji s dalšími dvěma klienty, s kterými vychází dobře. Vadí mu ale klienti, kteří trpí zmateností, což se projevuje občasnými konflikty, protože podle klienta mu zasahují do jeho soukromí. Klient se snaží být co nejvíce soběstačný, proto i většinu činností zvládá sám či s částečnou dopomocí. Například se z vozíku sám přesune na lůžko a zpět nebo si provádí sám ranní a večerní hygienu. Jeho největším přáním a cílem je opět začít chodit, a to s pomocí umělé protézy.

Tuto protézu si zvládá sám nasadit, a poté je mu poskytnuta podpora při chůzi. Klient je komunikativní, dle psycholožky je také plačtivý s projevy depresivního syndromu a má dlouhodobé problémy se spánkem. Rád tráví čas s ostatními klienty na socioterapii a nejvíce ho baví vaření a pečení. Schází mu kamarád, s kterým si hodně porozuměl při pobytu na DOP a dodnes si s ním telefonuje. Díky své relativní soběstačnosti se může bez pomoci pohybovat po celém areálu a trávit čas v různých budovách či na zahradě. Má dobré vztahy s rodinou, která jej pravidelně navštěvuje.

**Aktivity instituce a jejich hodnocení** - po přijetí na DOP je klientovi poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče a rehabilitační péče s cílem zlepšení klientovy soběstačnosti. V rámci rehabilitace je mu zapůjčena umělá protéza, s jejíž pomocí se opět učí chodit. Na přání klienta je mu umožněna pravidelná koupel v perličkové lázni namísto klasické sprchy. Dle dohody s klientem je přeložen na sociální lůžko Vila Maria. S klientem se seznamují při uzavírání Smlouvy o poskytované službě. Kromě toho společně vyřizujeme žádost o příspěvek na péči. Klienta pravidelně navštěvuje psycholožka pracující v zařízení, která se u klienta snaží o zmírnění depresivního ladění. Klient pravidelně odjíždí na víkendy domů za svou rodinou. Účastní se některých společenských akcí a skupinových terapií dle své nálady. Dle mého názoru je klient v zařízení relativně spokojen, ale nevnímá tento pobyt jako trvalý, a rád by se ještě vrátil domů do svého domu nebo ke své dceři. Protože se svou rodinou zatím nejsou domluveni na jednoznačném řešení, je pro klienta velmi přínosné, že mu jeho rodina umožňuje trávit s nimi víkendy.

### ***Kazuistika – paní M.***

**Rodinná anamnéza** - vyrůstala v Čechách v malé obci s matkou a se svou o čtrnáct let starší sestrou. Celá rodina z matčiny strany včetně matky je německého původu. Otec je Čech, kterého však nikdy nepoznala. Doma se o něm nesmělo mluvit, protože byl ženatý a otcem tří dětí, a poté, co matka Paní M. otěhotněla, vrátil se zpět ke své původní rodině. Matka tedy zůstala s dětmi sama a jiného muže si už nevzala. Byla převážně od rána do večera v práci a pracovala v tamější drůbežárně jako ošetrovatelka slepic. Bydleli ve vícegenerační rodině i s babičkou a dědečkem. Rodinu pak tvořily pouze ženy, přičemž o klientku se starala hlavně její starší sestra a babička.



Doma se mluvilo pouze německy, takže česky se naučila mluvit až ve škole. Klientka pracovala celý život jako úřednice na poště v obci, ve které se narodila. Později zde vykonávala i funkci vedoucí. Celkově na poště pracovala dvacet pět let. Za svůj život byla dvakrát vdaná, z prvního manželství má dvě dcery. Rozvod s prvním manželem proběhl velmi důstojně, nadále se všichni stýkali a společně se svými partnery i s dětmi trávili dovolené. Její druhý manžel, s kterým potom žila, se po její mozkové příhodě psychicky zhroutil a nastoupil léčbu na psychiatrii. Manžel jí v nemocnici i v DOP pravidelně navštěvoval, odvážel si ji i domů na víkendy, zanedlouho však zemřel na následky alkoholu v psychiatrické léčebně, kde se již počtvrté léčil.

**Osobní anamnéza** - v roce 1998 začala mít klientka potíže s hybností rukou a přestávala na dotek cítit levou polovinu hlavy. V té době podstoupila mnoho vyšetření, byly jí diagnostikovány různé příčiny jako toxoplazmóza, zánět trojklanného nervu, roztroušená skleróza apod. V roce 2000 upadla na schodech při úklidu a v důsledku náhlé centrální mozkové příhody ochrnula na levou stranu těla a zároveň byla stížena dysartrií (poruchou řeči). Z nemocnice se vrátila domů, kde se o ni staral její manžel. Později strávila tři týdny na neurologii, pak nějakou dobu na LDN v nemocnici, v té době chodila ještě o holi. Sociální pracovnice z nemocnice pak zařídila převoz do zařízení DOP. Postupem času se u ní začaly projevovat další následky mozkové příhody. Byla jí diagnostikována depresivní porucha, také sekundární epilepsie a roztroušená skleróza. Později na doporučení lékaře podstupuje operaci pravé nohy, aby se mohla opět naučit chodit. Je domluvena hospitalizace v rehabilitačním ústavu s cílem navrátit klientku „do života“. Bohužel hned druhý den po příjmu si zlomí krček a musí tak podstoupit další operaci. Po ní se opět vrací na DOP a je již plně odkázaná na ošetřovatelské péči. Během hospitalizace je několikrát léčena pro různé závažné nemoci jako například embolie plicnice, zároveň se u ní začínají projevovat epileptické záchvaty. V roce 2007 se stěhuje do nově vzniklého sociálního zařízení (Vila Maria) přidruženého k DOP. V roce 2010 prodělá druhou mozkovou příhodu, která jí lehce zasáhne do té doby zdravou pravou stranu těla. Oproti minulému stavu dochází u klientky k výraznému zhoršení dysartrie i hybnosti. Po návratu z nemocnice je s klientkou obtížná spolupráce. Klientka je nepříjemná až agresivní k personálu i k ostatním klientům. Z důvodu svého onemocnění je závislá na pomoci svého okolí,

přičemž míra její nesoběstačnosti v průběhu pobytu v zařízení postupně narůstá. Jako možnou příčinu svých potíží, které u klientky vyústily v mozkovou příhodu, vidí v události, která se jí přihodila přibližně před dvaceti lety, tedy asi 3 roky před počínajícím onemocněním. Vypráví mi o přepadení na poště, kde pracovala, a kterého byla obětí. Klientka byla po této události otřesená, od té doby byla ve velkém stresu. Do práce se sice vrátila, ale musela se zúčastnit dlouhého vyšetřování a soudního procesu. Jako další příčinu onemocnění vidí její dcera v jejím problematickém vztahu s druhým mužem, který byl alkoholik. Měli hezký vztah do té doby, než začaly jeho problémy se závislostí narůstat. To nakonec vyústilo i v konflikt mezi paní M. a jejími dcerami a nějakou dobu se vůbec vzájemně nestýkali. Nyní se mladší dcera s matkou stýká, starší od té doby ne. Konflikt si mezi sebou nikdy nevyříkaly. Klientka sama o svých vztazích k dcerám hovoří jako o dobrých a o konfliktu mezi nimi nemluví. Je však zřejmé, že vztahy s jejími dcerami jsou porušené, protože na začátku jejího pobytu v Domově dcery svou matku téměř nenavštěvují, i přesto, že nebydlí daleko.

**Současný stav** - klientka mě zaujala především svou věkovou kategorií, kterou se liší od ostatních klientů. Nyní se pohybuje na invalidním vozíku, manipulovat s ním může pouze jednou rukou a částečně si pomáhá nohou, neboť je ochrnutá na jednu stranu těla. Ochrnutí jí způsobuje nepřírozené zkroucení těla, hlavně v obličejové části. Komunikaci má stíženou vlivem dysartrie (porucha řeči), takže potřebuje delší čas k vyjádření a je jí i hůře rozumět. Klientka projevuje zájem o sociální kontakt, spontánně navazuje rozhovor. Během hovoru často poukazuje na zhoršenou paměť a zhoršený řečový projev ve smyslu špatné srozumitelnosti pro okolí. Je hodně plačtivá a depresivní, na začátku jejího pobytu jí velmi chybí kontakt s rodinou. Kromě svého věku se také od ostatních klientů liší tím, že vyžaduje neustálou pozornost a často vyžaduje zvláštní zacházení, chce mít přednost před ostatními klienty, jak prostorově tak i časově. Jejím největším přáním a cílem je po celou dobu začít opět chodit, stále věří, že to bude možné, je odhodlaná k tréninku a cvičení. Navazuje v zařízení hlubší vztah s jedním klientem, ke kterému se ale časem začíná chovat poněkud nátlakově, a později už jejich vztah není vzájemný. Klientka má konfliktní vztahy i se svými spolubydlícími. V průběhu pobytu v zařízení se její požadavky na pozornost od personálu stupňují, klientka se projevuje útočně až agresivně. Dle psychologičky

je problém v tom, že klientka v dané chvíli vnímá vše jen z jednoho úhlu pohledu a je pro ni obtížné vnímat další kontexty. Klientka je nyní méně soběstačná než dříve, i přesto, že některé úkony zvládne, odmítá je učinit. Například požaduje být personálem krmena, i když je schopná jíst sama či s malou dopomocí. To se týká i jejího pohybu, kdy si nepřeje být moc často vysazována do invalidního vozíku, a většinu dne stráví na lůžku. V poslední době neprojevuje zájem ani o účast na akcích či skupinové socioterapii. Její aktivizace se tak omezuje na individuální socioterapii a rehabilitační cvičení. Pravidelně ji navštěvuje její mladší dcera s manželem a vnoučaty a na Vánoce ji vždy berou k sobě domů.

**Aktivity instituce a jejich hodnocení** - po přijetí na DOP je klientce poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče, rehabilitační péče, socioterapie, psychologické šetření, farmakoterapie. Od začátku věří, že bude znovu plně soběstačná, v té době ještě trénuje stoj ve vysokém chodítku s rehabilitační pracovnící. V době před umístěním klientky do DpS se sociální pracovnice DOP snaží klientce nalézt chráněné bydlení, kde by mohla žít mezi lidmi podobné věkové skupiny. Jediná alternativa, která tehdy přichází v úvahu, je klientkou ale odmítnuta, protože nalezené bydlení je příliš daleko. Klientce je proto nabídnuta možnost trvalého bydlení v nově vzniklém sociálním zařízení (Vila Maria). Za klientkou přicházím z důvodu podepsání smlouvy o poskytnutí sociální služby a sepsání sociální anamnézy. Kromě toho společně vyřizujeme žádost o příspěvek na péči. Klientka se během svého pobytu účastní skupinové i individuální socioterapie, zdravotní rehabilitace a akcí pořádaných v zařízení, i výletů mimo něj. Na začátku pobytu v Domově klientce nejvíce chybí kontakt s její rodinou, proto se snažím zejména o podporu jejich vzájemné komunikace. Společně se socioterapeutkou žádám dobrovolnickou organizaci, se kterou již dlouhodobě spolupracujeme, aby za klientkou chodili dobrovolníci přibližně v jejím věku, a trávili s ní volný čas. Za klientkou také pravidelně dochází psychiatr, který jí dle aktuálního psychického stavu upravuje farmakologickou léčbu. Kromě psychiatra má pravidelný kontakt s psychologičkou pracující v našem zařízení. Dle psychologičky se terapeutický kontakt zaměřuje zejména na podporu a na zkvalitnění rodinných vztahů. Klientce jsou poskytnuty intervence směřující k většímu náhledu a porozumění vlastnímu chování a chování okolí, přičemž je u klientky nutný velmi citlivý a podporující přístup. Na žádost pracovníků také

domlouvám s naší psycholožkou setkání, kde je opakovaně řešen klientčin případ. Pracovníci si stěžují na chování klientky, na její agresivní projevy, a na její neustálé požadavky. Supervize směřují k pochopení situace klientky a k nalezení optimálního individuálního přístupu ke klientce. Dle mého názoru by bylo pro klientku nejlepší, kdyby mohla žít doma se svými blízkými ve svém přirozeném prostředí. Protože to však není možné, a to i s ohledem na její zdravotní stav, představuje naše zařízení či zařízení podobného typu pro klientku jedinou alternativu. Situace klientky je specifická zejména tím, že již od relativně mladého věku po dlouhou dobu žije v různých ústavních zařízeních, proto se od začátku snažíme jí tuto nepřízeň snížit alespoň tím, že jí nabízíme různé aktivity mimo zařízení. Klientka ale v současné době tyto nabízené možnosti většinou odmítá, a ani její zdravotní stav tomu není nyní příliš nakloněn. Vztah s její dcerou je oproti minulému stavu výrazně lepší, což jí nyní poskytuje velkou psychickou oporu.

### ***Kazuistika – paní S.***

**Rodinná anamnéza** - narodila se v jedné obci v západních Čechách, kde měli rodiče malé hospodářství. Jejím rodičům zemřel při porodu první syn a dva roky před jejím narozením jim zemřel také devítiletý syn na záškrť. Vyrůstala s oběma rodiči a měla dvě sestry. Svoje dětství klientka hodnotí jako hezké, ale hodně smutné. Její starší sestra pracovala jako služebná v jiných domácnostech a bydlela mimo domov. Ve třiceti jedna letech tragicky zemřela. Byla to nešťastná náhoda, která se stala na statku, kdy její sestra spadla z traktoru, protože byla vyčerpaná prací, a ten ji přejel. Paní S. bylo tenkrát osmnáct let a tato událost ji velmi zasáhla. Nechtěla uvěřit, že by její sestra doopravdy zemřela a celá léta si myslela, že někam odešla, a že se vrátí. Její druhá sestra doposud žije. Rodiče se nikdy nerozvedli, ale klientka jejich vztah popisuje jako méně romantický s ohledem na těžký život v době války, velkou dřinu a smutné události, které prožili. Rodiče mluvili německy a česky se naučila mluvit až ve škole. Tím, že navštěvovala do svých dvanácti let německou školu, z české školy vycházela v šestnácti letech a byla teprve v páté třídě. V šestnácti letech se učila po dobu čtyř měsíců v zemědělské škole a poté pracovala na statku. Klientka tu práci tehdy vnímala jako ponižující, chtěla být švadlenou nebo učitelkou. Nakonec se vyučila

v oboru prodavačka potravin a toto povolání během svého života převážně vykonávala. Klientka prožila ve svých deseti letech odsun Čechů z pohraničí. Mnoho jejich přátel a známých tehdy bylo nuceno odejít do Německa. Dlouho žili v napětí z možného odsunu a stále čekali, kdy pro ně přijede transport, její rodina ale nakonec v Čechách zůstala. Klientka se vdávala ve dvaceti šesti letech. Manžel byl vdovec a měl devítiletou dceru z předchozího manželství. Sotva se vdala, tak došlo k vysídlení, v té době už mohli do Německa odejít z vlastní vůle. Její rodiče tam odešli i sestra, která tam žije doposud. Její manžel do Německa odejít nechtěl, tak se mu přizpůsobila. Se svým mužem měla syna a dceru a kromě toho s nimi žila manželova dcera, kterou si osvojila. Na manželství klientka vzpomíná v dobrém, prý byla jejich rodina velmi veselá. Její manžel zemřel před dvěma lety v LDN, kde byli společně z důvodu snížené soběstačnosti hospitalizováni. S dětmi má dobré vztahy, v zařízení jí pravidelně navštěvují. Obě dcery žijí ve stejném regionu jako ona, syn bydlí v Německu.

**Osobní anamnéza** - klientka byla do svých sedmdesáti dvou let soběstačná. Od jejich třiceti let jí trápily silné migrény a ve čtyřiceti letech onemocněla ischemickou chorobou srdeční, od té doby pociťuje bolesti v pravé noze. V roce 2007 začala pociťovat bolesti v páteři a špatně se jí chodilo. Nevydržela dlouho stát nebo chodit, musela si každou chvíli sednout nebo lehnout. Jednou při cestě na autobus si z důvodu velkých bolestí páteře lehla v parku na lavičku a tehdy byla odvezena sanitou do nemocnice. V době, kdy jí zemřel manžel, měla pocit, že by měla zemřít taky a poté zažila v LDN, kde byla nadále hospitalizovaná, velmi negativní zážitky. Klientka si není jistá, jestli tyto zážitky byly skutečné nebo jestli se jednalo o halucinace. Má také podezření, že jí tam podávali nějaké léky, po kterých „bláznila“. V době, kdy byl její muž ještě naživu, tak takové stavy neměla. Po smrti jejího manžela pak bydlela na pokoji s jednou klientkou, která jí údajně nenáviděla. Navštěvoval ji tam také lékař, který měl arabskou národnost, a celé prostředí na ni působilo cizím a nepřátelským dojmem. Chtěla se odtamtud dostat pryč a dcery jí pomohly zařídit převoz do nedalekého sociálního zařízení, ale klientka měla pocit, že je toto zařízení nějakým způsobem provázané s LDN, kde původně žila. Proto jí dcery pomohly s přestěhováním do našeho zařízení, kde je klientka spokojená.

**Současný stav** - klientka je velmi komunikativní a má společensky příjemné

vystupování. Nerada někoho žádá o pomoc a snaží se být co nejvíce soběstačná. Své rodině prý „zakázala“ časté návštěvy, aby se mohli věnovat především svým životům. Nicméně klientka byla o Vánocích po dobu deseti dnů doma u své dcery a velmi se jí tam líbilo. Většinu času tráví ve svém pokoji, v křesle nebo na lůžku a jídelnu nenavštěvuje. Společenských akcí se téměř neúčastní, pobytu v kolektivu se spíše vyhýbá. Působí smířeně se svou situací, ale zároveň někdy hovoří o tom, že by již měla zemřít. Klientka se pohybuje velmi nejistě pomocí chodítka pomalou chůzí a potřebuje dopomoc ve všech sebeobslužných činnostech. Trpí častými závratěmi a příčinu svých somatických potíží vidí v psychice. Má také obavy z pobytu ve velkém otevřeném prostoru a mezi více lidmi. Ráda zpívá české a německé písně, celý život chodila do pěveckého sboru. Jejím cílem je klidný pobyt na svém pokoji.

**Aktivity instituce a jejich hodnocení** - na začátku pobytu je klientce poskytnuta komplexní ošetrovatelská péče, farmakoterapie a socioterapie. Za klientkou přicházím z důvodu podepsání Smlouvy o poskytnutí sociální služby a sepsání sociální anamnézy. Klientka se během svého pobytu účastní individuální socioterapie a zdravotní rehabilitace. Za klientkou také pravidelně dochází psychiatr, který jí dle aktuálního psychického stavu upravuje farmakologickou léčbu. Kromě psychiatra má pravidelný kontakt s psychologkou pracující v našem zařízení. Dle psychologky se terapeutický kontakt zaměřuje zejména na odreagování klientčinych negativních pocitů a je podporován její zájem o komunikaci. U klientky je nutná rehabilitační péče, jejímž cílem je zlepšení sebeobslužnosti klientky. Klientka je velmi nenáročná, která ke svému životu potřebuje především vlídný přístup pracovníků, individuální rozhovory a příjemné prostředí. S ostatními obyvateli vychází bez problému, s personálem také. Klientka sama odmítá nabídky účasti na společenských akcích a socioterapiích. Podle mě by klientce prospěl větší sociální kontakt se svým okolím a častější pobyt na zahradě.

## PŘÍLOHA č. 2

### KVANTIFIKAČNÍ TABULKA VÝROKŮ

Kvantifikace jednotlivých výroků klientů (celkem 5 respondentů) a pracovníků (celkem 12 respondentů) ke každé tematické oblasti je shrnuta v následující tabulce, která poukazuje i na rozdílný nebo shodný pohled klientů a pracovníků:

<b>Postoj ke stáří</b>			
Klienti – počet výroků		Pracovníci – počet výroků	
<i>Vnímání vlastního věku</i>	pocit omezení zdravotním stavem - 5	<i>Vnímání seniorského věku</i>	stáří je přirozená součást života - 8
	ztráta plánů do budoucna - 3		strach ze stáří - 10
<i>Podpora a akceptace seniorského věku v zařízení</i>	pocit podpory a akceptace - 5	<i>Změna postoje ke stáří na základě práce se seniory</i>	změnil se – 8 nezměnil se - 4
		<i>Podpora a akceptace seniorského věku v zařízení</i>	závisí na individuální povaze klienta - 12
<b>Vzájemný vztah klientů a pracovníků</b>			
Klienti- počet výroků		Pracovníci – počet výroků	
<i>Důvěra k pracovníkům</i>	důvěra je k pobytu nutná - 3	<i>Důvěra klientů k nim</i>	je individuální dle povahy a nálady klientů- 8
	mají důvěru - 2		mají důvěru - 4
<i>Nálada pracovníků</i>	veselá a pozitivní - 5	<i>Vliv stresu na náladu pracovníků</i>	stres ovlivňuje jejich náladu - 12
<b>Vzájemná komunikace pracovníků a klientů</b>			
Klienti- počet výroků		Pracovníci – počet výroků	
<i>Přístup pracovníků</i>	individualizovaný - 4	<i>Přístup pracovníků</i>	individualizovaný - 12
	závisí na vymezeném čase pracovníků - 2		vliv stresu na jejich přístup - 8
<i>Běžná komunikace (týká se každodenního života a společného setkávání klientů a pracovníků)</i>	vliv věkového rozdílu mezi klienty a pracovníky - 2	<i>Běžná komunikace</i>	nedostatek času - 12
	chybí komunikace s muži - 1		
	pracovníci nemají čas si povídat - 4		
<b>Individuální plánování sociální služby</b>			
Klienti- počet výroků		Pracovníci – počet výroků	
<i>Zájem pracovníků o přání a potřeby klientů</i>	splní jejich přání a potřeby - 5	<i>Zájem o přání a potřeby klientů</i>	je přirozený (zvědavost) - 4
	aktivně zajímají o jejich přání a potřeby - 1		je povinná součást práce - 12

<i>Možnost trávit čas dle svých osobních cílů</i>	omezení možnostmi zařízení - 1	<i>Možnost klientů trávit čas dle jejich osobních cílů</i>	omezení zdravotním stavem - 12
	omezení zdravotním stavem - 3		pestrý program akcí určený seniorům- 8
	žádné omezení - 1		možnosti zařízení lze individuálně rozšiřovat - 12
<b>Vnímání podpory</b>			
Klienti- počet výroků		Pracovníci – počet výroků	
<i>Co klientům pomáhá</i>	pozitivní nálada pracovníků - 3	<i>Co klientům pomáhá</i>	vklidný přístup pracovníků - 10
	vlastní prostředky podpory (cigarety, pobyt na zahradě, samostatný pohyb po areálu) - 2		pozitivní nálada pracovníků - 8
<i>Co by klientům ještě pomohlo</i>	jiné prostředky podpory než od pracovníků (počasí, jet domů) - 3		aktivizační činnosti - 5
<b>Vnímání soukromí</b>			
Klienti- počet výroků		Pracovníci – počet výroků	
<i>Vnímání přítomnosti pracovníků</i>	přítomnost pracovníků je vítaná - 2	<i>Vnímání přítomnosti pracovníků</i>	přítomnost pracovníků narušuje soukromí a intimitu klientů - 12
	přítomnost pracovníků nenarušuje soukromí klientů - 5		
<i>Zajištění soukromí pracovníky</i>	soukromí je zajištěno - 4 zajištění soukromí by se mohlo zlepšit - 1	<i>Zajištění soukromí pracovníky</i>	soukromí nelze zcela zajistit i při použití dostupných pomůcek - 12
<i>Soužití s ostatními klienty</i>	vliv rozdílné národnosti a rodného jazyka klientů - 2	<i>Soužití s ostatními klienty</i>	soužití je často z různých důvodů problematické (národnost, druh postižení, syndrom demence) - 12
	vliv kognitivního postižení jiných klientů - 4		vliv rozdílných potřeb klientů - 7
<b>Hodnocení nabízených činností v zařízení</b>			
Klienti- počet výroků		Pracovníci – počet výroků	
<i>Náplň aktivizačních terapií</i>	náplň je vyhovující - 3	<i>Náplň aktivizačních terapií</i>	náplň neodpovídá skutečným potřebám klientů - 8
	některé činnosti v zařízení chybí - 2		chybí individuální aktivizace - 7
<i>Účast klientů na terapiích</i>	závisí na zdravotním stavu klientů - 3	<i>Účast klientů na terapiích a jejich motivace</i>	závisí na zdravotním stavu klientů - 12
	závisí na povaze klientů - 2		pracovníci respektují povahu a zvyklosti klientů - 5



## PŘÍLOHA č. 3

### VÝZKUMNÉ OTÁZKY

#### otázky zkoumající postoj ke stáří

KLIENTI	PRACOVNÍCI
Jak vnímáte svůj věk? (Jak se cítíte ve svém věku?)	Jak vnímáte seniorský věk?
Myslíte si, že je podporován a akceptován Váš seniorský věk v zařízení a jak se to projevuje?	Jak se změnil váš postoj k seniorům na základě práce s nimi a jak podporujete jejich věk v zařízení?

#### otázky zjišťující vzájemný vztah klientů a pracovníků

KLIENTI	PRACOVNÍCI
Máte k pracovníkům důvěru, a pokud ne, tak z jakého důvodu jim nedůvěřujete?	Myslíte si, že k vám mají klienti důvěru a pokud ne tak z jakého důvodu vám nedůvěřují?
Jakou převažující náladu vnímáte u pracovníků a jak to na Vás působí?	Ovlivňuje stres vaši náladu při práci s klienty, a pokud ano, jaké jsou jeho hlavní důvody?

#### otázky zjišťující vzájemnou komunikaci pracovníků a klientů

KLIENTI	PRACOVNÍCI
Jakým způsobem k Vám pracovníci přistupují při provádění ošetrovatelských činností a jak Vás o nich informují?	Jakým způsobem přistupujete ke klientům při provádění ošetrovatelských činností a jak je o nich informujete?
Povídají si s Vámi pracovníci i o věcech, které se netýkají ošetrovatelských činností?	Jak rozdělujete svůj čas mezi základní péči o klienta a komunikaci s klientem?

#### otázky zkoumající individuální plánování sociální služby

KLIENTI	PRACOVNÍCI
Zajímají se pracovníci o Vaše přání a potřeby a jak to vnímáte?	Zajímáte se o přání a potřeby klientů a jak to vnímáte?
Máte možnost trávit čas tím, co je pro Vás opravdu důležité a co Vás baví a pokud ne, tak z jakého důvodu?	Mají klienti možnost trávit čas tím, co je pro ně důležité a co je baví a pokud ne, tak z jakého důvodu?

### **vnímání podpory**

KLIENTI	PRACOVNÍCI
Co Vám od pracovníků při prožívání zdejšího pobytu pomáhá a co by Vám případně ještě pomohlo?	Jak si myslíte, že můžete ovlivnit prožívání pobytu klienta v zařízení?

### **otázky zaměřené na vnímání soukromí**

KLIENTI	PRACOVNÍCI
Vnímáte přítomnost pracovníků jako narušení Vašeho soukromí a jak je zajištěno Vaše soukromí?	Vnímáte vaši přítomnost jako narušení soukromí klientů a jak se snažíte zajistit jejich soukromí?
Je pro vás soužití s ostatními klienty nějak rušivé, a pokud ano, tak v čem konkrétně?	Myslíte si, že je pro klienty soužití s ostatními klienty nějak rušivé a pokud ano, tak v čem konkrétně?

### **otázky zjišťující hodnocení nabízených činností v zařízení**

KLIENTI	PRACOVNÍCI
Pokud se účastníte aktivizačních terapií, vyhovuje Vám jejich náplň?	Myslíte si, že odpovídají aktivizační terapie přáním a potřebám klientů a pokud ne, tak z jakého důvodu?
Pokud se terapií neúčastníte, tak z jakého důvodu?	Jak motivujete klienta, který se nechce účastnit aktivizačních programů?

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Kateřina Kutheil

**Studijní program:** distanční studium

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

**Název práce:** Sociální práce se seniory trpícími chronickým zdravotním postižením

**Počet stran (bez příloh):** 81

**Celkový počet stran příloh:** 17

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 44

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 4

**Počet internetových odkazů:** 5

**Vedoucí práce:** Mgr. Lucie Vacková

**Rok dokončení práce:** 2015

## EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

<b>Jméno, příjmení</b>	<b>Adresa</b>	<b>Datum</b>	<b>Podpis</b>