

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A PEDAGOGICKÁ

Katedra: Sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Sociální péče

**Studijní obor
(kombinace):** Sociální pracovník

**VOLNOČASOVÉ AKTIVITY U KLIENTŮ V
DOMOVĚ DŮCHODCŮ
CLIENT'S FREETIME ACTIVITY IN REST
HOME**

Bakalářská práce: 08-FP-KSS-3038

Autor:

Kateřina Svobodová

Podpis:

Adresa:

Podhora 16

463 43, Český Dub

Vedoucí práce: Mgr. Eva Dousková

Konzultant:

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
54	4		2	18	8+CD

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací svedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne:

Podpis:

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Evě Douskové, za její podnětné připomínky k mé práci. Dále bych touto cestou ráda poděkovala svému manželovi a dětem za jejich neobyčejnou trpělivost.

Název bakalářské práce: Volnočasové aktivity u klientů v domově důchodců

Název bakalářské práce: Client's freetime activity in rest home

Jméno a příjmení autora: Kateřina Svobodová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2009/2010

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Dousková

Resumé

Bakalářská práce se zabývala volnočasovými aktivitami v domovech pro seniory a jejich vlivem na chování seniorů, kteří v nich žijí.

Bakalářská práce vycházela z předpokladu, že každý člověk, v každé životní fázi, potřebuje uspokojovat kromě potřeb fyzických také potřeby sociální a psychické. Pokud nejsou tyto potřeby dlouhodobě uspokojovány, dochází obvykle ke změně chování.

Lidé žijící v domovech pro seniory se musí vyrovnat s mnohými změnami. Tou nejdůležitější a nejzávažnější změnou je odchod z domova a od rodiny, do neznámého prostředí.

Teoretická část objasňuje pojmy - změna kognitivních funkcí, emoční a biologické změny ve stáří, citové vztahy, aktivizační činnost.

Praktická část obsahuje údaje vycházející ze studia dokumentace. Porovnávala dvě skupiny seniorů. Skupinu seniorů, kteří se účastnili volnočasových aktivit, se skupinou seniorů, kteří se volnočasových aktivit neúčastnili. V obou skupinách pak mapovala výskyt problémového chování.

Výsledná zjištění jsou důležitá pro pochopení důležitosti aktivizačních prvků v domovech pro seniory a zároveň nutnosti podporovat autonomii každého jedince.

Klíčová slova: stáří, problematické chování, aktivizační činnosti, kognitivní funkce, emoční a biologické změny ve stáří, citové vztahy, autonomie.

Summary

The bachelor thesis deals with leisure activities in the homes for the elderly and their impact on behavior of the elderly living there.

The thesis presupposes that each human being, in any period of life, needs to satisfy not only the physical needs but also the social and psychic ones. If these needs are not being satisfied for a longer period of time, it usually affects human behavior.

People living in the homes for the elderly have to cope with many changes. Leaving home and family and moving into an unknown living environment is the most significant change.

The theoretical part clarifies notions, such as change of cognitive functions, emotional and biological changes in the old age, emotional relationships, activating methods.

The practical part includes the data based on the study of the documentation, in which two groups of the elderly were compared: the group of the elderly who took part in leisure activities with the group of the elderly who did not. Both groups were scrutinized then in terms of frequency of problematic behavior appearance.

Conclusions are crucial for understanding the importance of the activating elements in homes for the elderly and the necessity of supporting the autonomy of the individual.

Key words: old age, problematic behavior, activating methods, cognitive functions, emotional and biological changes in the old age, emotional relationships, autonomy.

Резюме

Бакалаврская работа занималась типами времяпровождения в доме престарелых и влиянием на поведение пенсионеров, которые здесь живут.

В бакалаврской работе предполагается, что каждому человеку, в любом этапе жизни, нужно удовлетворять не только физические, но социальные и психические потребности. Если эти потребности долгосрочно недооцениваются, то обычно происходят изменения в поведении.

Люди живущие в домах престарелых должны расправиться с многими изменениями. Самым важным изменением является уход из дома и от семьи в незнакомую среду.

Теоретическая часть объясняет такие понятия как изменение когнитивных функций, эмоциональные и биологические изменения в пожилом возрасте, эмоциональные отношения, активизирующая деятельность.

Практическая часть включает данные исходящие из документации, в которой сравнились две группы пенсионеров. Группа пенсионеров участвующих в активизирующей деятельности с группой пенсионеров не участвующих. В обеих группах произошло исследование частотности наличия проблемного поведения.

Выводы являются ключевыми для осознания важности активизирующих элементов в домах престарелых а также необходимости поддержки автономии индивида.

Ключевые слова: старость, проблематическое поведение, активизирующая деятельность, когнитивные функции, эмоциональные и биологические изменения в старости, эмоциональные отношения, автономия.

Příloha č. 1 klub šikovných rukou, odkaz ze str. 37



Příloha č.2 výstava výrobků klientů, odkaz ze str.37



Příloha č. 3 návštěva dětí z MŠ, odkaz ze str. 37



Příloha č. 4 klub pohody, odkaz ze str. 37



Příloha č. 5 hudební kroužek, odkaz ze str. 38



Příloha č. 6 kavárna, odkaz ze strany 38



Příloha č. 7 tělocvična, odkaz ze strany 38



Příloha č. 8 rehabilitace chůze, odkaz ze strany 38



OBSAH:

1 ÚVOD.....	10
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU.....	12
2.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ.....	12
2.1.1 KOGNITIVNÍ FUNKCE.....	12
2.1.2 EMOČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	13
2.1.3 BIOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ.....	14
2.1.4 CITOVÉ VZTAHY.....	15
2.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	16
2.2.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY.....	16
2.2.2 PROBLEMATIKA USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB STARÝCH A HENDIKEPOVANÝCH LIDÍ.....	18
2.3 SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO SENIORY.....	20
2.3.1 REHABILITACE.....	22
2.3.2 REMINISTENCE.....	22
2.3.3 ARTETERAPIE.....	23
2.3.4 MOTIVACE K ČINNOSTI.....	24
2.4 PSYCHOLOGICKÉ VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY.....	25
2.4.1 POZOROVÁNÍ.....	25
2.4.2 DOKUMENTACE.....	27
2.4.2.1 STUDIUM DOKUMENTACE.....	28
3 PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
3.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI.....	30
3.1.1 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ.....	31
3.2 POUŽITÉ METODY.....	32
3.2.1 STUDIUM DOKUMENTACE.....	32
3.2.2 POZOROVÁNÍ.....	33
3.2.3 PŘEDVÝZKUM.....	34
3.3 POPIS ZKOUMANÉ SKUPINY SENIORŮ.....	37
3.3.1 AKTIVAČNÍ ČINNOSTI.....	39
3.4 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE.....	41

3.4.1 ZHODNOCENÍ PŘEDPOKLADŮ.....	46
4 ZÁVĚR.....	49
5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	50
6 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ.....	52
7 SEZNAM PŘÍLOH.....	54

1 ÚVOD

Jmenuji se Kateřina Svobodová a pracuji v domově pro seniory jako sociální pracovníce. V našem ústavu jsou klienti, kteří procházejí nemalou životní změnou. Odchod z domova do zařízení sociální péče neznamena pro staré lidi pouze ztrátu domova, ale i změnu role, kterou do této doby zastávali, odloučení od jejich blízkých, ztrátu jistoty. Také mnozí lidé trpí různými nemocemi, které se vyskytují především ve stáří. To vše mnohdy zapříčiňuje problémové chování starých lidí, u kterého pracovníci sociálních služeb neznají příčinu (přestože je mnohdy zřejmá). Jako sociální pracovníce tyto konflikty a nedorozumění musím často řešit.

Zatímco v mládí je převážná část populace zdravá, a pokud přicházejí nemoci, jsou většinou akutní a krátkodobé, se zvyšujícím se věkem nás stále více trápí nejrozumnější neduhy. Bohužel, na rozdíl od mladšího věku, je většina nemocí, které postihují seniory, dlouhodobá, nebo dokonce trvalá. Navíc se starší organismus s nemocemi hůře vyrovnává, protože přizpůsobivost organismu je mnohem menší než v mládí a zhoršují se schopnosti organismu reagovat dostatečně rychle a účinně na změny zdravotního stavu.¹

Stárnutí a stáří by nemělo znamenat konec aktivního života po stránce fyzické ani psychické. Řadu činností lze úspěšně provozovat až do vysokého věku. Jsou ale lidé, kteří toho nejsou z důvodu fyzických nebo psychických problémů schopni. Ubývá jim fyzických sil i psychických schopností, často v důsledku nemocí nebo sociálních změn (ukončení zaměstnání, úmrtí životního partnera atd.). Mnohdy dochází ke zhoršení schopnosti přizpůsobit se změněným životním situacím, ke změnám chování i k fyzickému zhoršení stavu a v důsledku toho větší závislosti na pomoci druhých.²

Závislost na druhé osobě snižuje sebeúctu, sebevědomí. Člověk se tak snadno může stát „pasivním“ nebo „problémovým“. Ztráta autonomie, pocitu důležitosti, pocitu potřebnosti, soukromí. To vše se odráží na chování klientů v domovech pro seniory.

V našem domově máme pouze dvoulůžkové a třílůžkové pokoje, což je dalším zdrojem mnoha konfliktních situací (např. jeden potřebuje čerstvý vzduch – druhý nesnese průvan, jeden si rád večer čte – druhému vadí světlo, apod.).

Starší lidé potřebují v životě uspokojovat všechny potřeby stejně jako každý z nás. Nejsou důležité jen fyziologické potřeby (jídlo, pití, spánek, atd.), ale také potřeby psychologického rázu (pocit bezpečí, udržování vztahů, nezávislost, smysl života). Všechny lidské potřeby tvoří celek, který spojuje fyzickou, psychickou a sociální stránku člověka, jež jsou od sebe neoddělitelné.³

1 TOPINKOVÁ, E. *Moje zdraví*. 2005, č. 11, ISSN 1214-3871.

2 MÁLKOVÁ, J. *Sestra*. 2004, č. 7-8, ISSN 1210-0404.

3 PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: 1998, ISBN 80-7178-184-3.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda lze vhodným vyplněním volného času snížit výskyt problémového chování klientů žijících v domovech pro seniory. Předpokládám, že tímto způsobem lze problémovému chování předcházet.

V našem domově je poměrně velký výběr volnočasových aktivit. Někteří klienti však nemají rádi práci ve skupinách, a přesto si dokáží svůj volný čas zorganizovat tak, aby netrpěli pocitem samoty, nudou, apod.

Ve své práci se budu zabývat nejen lidmi, kteří pravidelně navštěvují námi vedené kroužky, ale také těmi, kteří si sami aktivně zábavu a pracovní uplatnění nacházejí.

Samozřejmě se zaměřím i na klienty, kteří veškeré nabídky jak využít volný čas odmítají. U obou těchto skupin budu sledovat, jak se vyrovnávají s problémy, jak dobře se adaptují, jak vycházejí s druhými lidmi a personálem, jak vycházejí se členy vlastní rodiny, apod.

Ve své práci budu vycházet ze studia dokumentace a vlastního pozorování.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

2.1 VYMEZENÍ POJMU STÁŘÍ

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti a které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti.

Ze společenského hlediska je člověk starý, když je za takového pokládán ostatními členy společnosti. Vývojem společnosti dochází ke značnému posunu této hranice. V roce 1800 byl za starého běžně označován člověk čtyřicetiletý, v roce 1890 člověk padesátiletý. V současné době se udává dolní hranice stáří věkem 65 let. Průměrný věk dožití se stále zvyšuje, dnes je asi 78 let.

Je prokázáno, že ženy se průměrně dožívají vyššího věku než muži.

Některá literatura používá další dělení a mluví o kmetství (75 – 90) a patriarchiu (nad 90 let). Dnes se období stáří věnuje celosvětově velká pozornost. Lidská populace stárne (rodí se málo dětí) a dožívá se delšího věku (za cenu řady nemocí a ztráty soběstačnosti).

Problematikou starých lidí a stárnutím se komplexně zabývá obor GERONTOLOGIE (geron – řecky starý člověk, logos – řecky věda), má řadu podoborů.⁴

Ve stáří jde obecně o pokles schopností a výkonu jedince, biologické stárnutí organismu, zpravidla častější nemocnost. Zhoršuje se smyslové vnímání a tzv. novopaměť. Na druhé straně je to období jakési „životní moudrosti“ s využíváním dosavadních zkušeností.⁵

2.1.1 KOGNITIVNÍ FUNKCE

Stáří s sebou přináší mnohé změny, se kterými se starý člověk musí vyrovnávat.

◀Dochází ke zhoršení všech funkcí

◀Zhoršení vnímání – zrakové, sluchové, kožní, čichové, chuťové

◀Zhoršení paměťových funkcí - především vstřípivosti a vybavování událostí z blízké minulosti, dobře si pamatují na události vzdálené – unikají do vzpomínek - např. nepamatují si, co měli včera k obědu, ale vědí, co jedli při nějaké významné události, vzpomínky bývají často obsahově i emočně

⁴ <http://zis.naskok.cz/index.php/studijni-materialy/psychologie/stari>.

⁵ ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie, III. díl: Vývojová psychologie*. 1. vyd. Liberec: 2002, ISBN 80-7083-571-1.

zkreslené – minulé je hodnoceno pozitivněji a starý člověk lpí až nepochopitelně na tom, co měl (majetek, postavení, zvyklosti).

◀ Zhoršení pozornosti

◀ Zpomalení psychomotorického tempa – chybí razance

◀ Myšlení je zpomalené – méně kritické, objevuje se nechuť k řešení problémů – až nerozhodnost i ve velmi běžných věcech

◀ Inteligence

◀ Adaptabilita – adaptace na změny probíhá ve stáří pomaleji a každá nemoc či stres přizpůsobivost velmi výrazně zhoršují, dramatická změna životního stylu (hospitalizace, přestěhování, smrt partnera) je sama o sobě mnohdy až život ohrožující.

◀ Typická je vytrvalost v určitých činnostech – mají rádi stereotypní činnosti.⁶

2.1.2 EMOČNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Afektivní prožívání nabývá ve stáří zřejmě poněkud jiné kvality. Citové prožívání se většinou stává méně bezprostředním a snižuje se intenzita emocí – člověk se již tak snadno nenadchne pro nové, ale současně řadu situací dokáže hodnotit klidněji a racionálněji. S věkem klesá „neuroticismus“, člověk se stává emočně stabilnějším, ale často i lhostejnějším vůči vnějšímu světu. To může znamenat větší klid a trpělivost, ale někdy také nezájem, až apatii. Mnoho záleží na hodnotové orientaci každého člověka – pro mnohé je delší život příležitostí k tomu, aby přehodnotili svůj dosavadní život a dosáhli nového porozumění smyslu svých činů. Taková „moudrost“ je ovšem založena na celkové integritě osobnosti každého člověka a není tedy zdaleka dosahována u všech lidí vysokého věku.

Na počátku období stáří bývá ještě velmi silná potřeba seberealizace a potřeba být užitečný pro druhé, později vystupuje do popředí spíše potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých osob. Zejména v pozdějším stáří jsou lidé mnohdy méně zaujati událostmi okolního světa a jsou soustředěnější na sebe a na své problémy. Osud druhých lidí jim je často vzdálený, jejich vlastní přecitlivělost může být naopak vystupňována až v převládající hypochondrii. Takový postoj někdy ztěžuje soužití starých lidí v domovech pro seniory.

Úkolem psychoterapeutické péče v ústavních zařízeních by proto mělo být především vyvedení starých lidí z jejich sebesoustředění a překonání pocitu osamění.⁷

⁶ <http://zis.naskok.cz/index.php/studijni-materialy/psychologie/stari>.

⁷ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Havlíčkův Brod: 2006, ISBN 80-247-1284-9.

2.1.3 BIOLOGICKÉ A SOCIÁLNÍ ZMĚNY VE STÁŘÍ

Starý člověk se ve stáří vyrovnává s mnohými změnami a ztrátami. První velkou změnou je odchod do důchodu.

Důchod znamená, že člověk opouští zaměstnání, ztrácí svou profesi, která ho určitým způsobem definovala. Odchodem do důchodu mění svou identitu. Předtím byl zemědělec, pečovatelka nebo profesor, nyní je důchodce! S touto novou realitou se musí vyrovnat a přijmout ji. Odchodem do důchodu se náhle ztrácí kontakt s lidmi ze zaměstnání. Odchod do důchodu nutí k novému uspořádání našeho života. Manželé se musí znovu naučit životu ve dvou, i když se i nadále věnují nějakým činnostem mimo domov. V aktivním životě je čas řízen prací, v důchodu je to naopak, každý si musí svůj čas organizovat sám, musí si vymýšlet činnosti, nějak se zaměstnat. Důchod je přechod z dobře naplněného života do života, který je třeba nově naplnit.⁸

Také sociální aspekty biologických změn hrají velkou úlohu ve stáří. Jde zejména o změny zraku, sluchu, horší pohybové schopnosti, atd. Tyto změny ovlivňují zařazení starých lidí do sociálních skupin a jsou jednou z hlavních příčin toho, že se staří lidé vyčleňují ze svého okolí.

Partnerova smrt je bezpochyby jednou z nejtěžších zkoušek, se kterou se lidé musí vyrovnávat. Ten nebo ta, který byl milován či byla milována, po společně prožitých třiceti nebo více letech najednou není. Partner, jenž zůstává, pociťuje opravdové roztržení, něco se rozbíjí, mluví se dokonce o „amputaci“, jedna část jeho bytosti umírá.... Úmrtí manžela nebo manželky v sobě zahrnuje mnoho dalších ztrát. Bezpečí, radost, přítomnost partnera, se kterým jsme společně rozhodovali a vedli domácnost, mizí s milovanou bytostí. Mnoho vdov a vdovců nakonec smutné období překoná a může začít znovu žít. Ale u některých lidí, a zejména u starších, se rána už nezahojí. Smysl spatřují pouze v minulosti, když byli ještě s partnerem.

Kromě partnera mizí postupně také stejně staří přátelé. Někdy během jednoho nebo dvou let odejdou dva i tři. Starší lidé mají tendenci udržovat čím dál méně styků.

Jeden velmi starý muž s humorem poznamenává: „Je to legrační! Chodím po ulicích, je tam hodně lidí, ale já téměř nikoho neznám. Naproti tomu, když zajdu na hřbitov a podívám se napravo i nalevo, znám je všechny!“

Tento muž patří ke generaci, která již vymírá. Je jedním z jejích posledních zástupců. Jak by v takové situaci člověk nezakoušel hluboký pocit samoty a opuštěnosti? A také strach: „Příště to budu já!“⁹

8 PICAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: 1998, ISBN 80-7178-184-3.

9 PICAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: 1998, ISBN 80-7178-184-3.

Tyto uvedené biologické a sociální změny ve stáří jsou pouze zlomkem toho, s čím se musí staří lidé během velmi krátké doby vyrovnat. Pro každého z nás je jakákoli změna v životě stresující (změna zaměstnání, rozvod, odchod dětí ze společné domácnosti, apod.) a s těmito změnami se vyrovnáváme často obtížně. Starý člověk prožívá spoustu takovýchto změn během krátkého úseku života a vyrovnávání se s těmito změnami má o to složitější, že je již na ně zpravidla sám. I když se rodina snaží starému člověku jeho situaci co nejvíce ulehčit, je to pro něj příliš velká psychická zátěž.

2.1.4 CITOVÉ VZTAHY

Síla vztahů k blízkým lidem se ve stáří většinou nijak významně nemění a význam rodiny s věkem naopak stoupá. Stejně jako v dětství je člověk i ve stáří více ohrožen sociální izolací či emoční nebo podnětovou deprivací.

V širší rodině zastává starý člověk obvykle i nadále velmi důležitou roli – roli prarodiče, případně i pradědečka či prababičky.

Zejména starší prarodiče svá vnoučata většinou vítají a silně svou roli prožívají.

Nezastupitelná je jejich role „výuková“. Staří lidé nás učí nejen tím, co o minulosti vyprávějí, ale učí mladé lidi i mnoha hlubším hodnotám a postojům a učí je nakonec i svou smrtí – pomáhají svým blízkým, aby hleděli vyrovnaněji na vlastní smrt a plněji si uvědomovali svoji odpovědnost ke své rodině i k širší společnosti.

Manželské vztahy obvykle v tomto období sílí a ztráta životního partnera je velmi závažnou životní událostí, s níž se starý člověk jen velmi obtížně vyrovnává. Kromě potřeb citových přetrvávají u řady lidí dlouho do stáří i potřeby sexuální. I když ve stáří sexuální apetence obecně klesá, nemizí úplně a mnozí lidé žijí aktivním sexuálním životem ještě ve vysokém stáří.¹⁰

10 LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Havlíčkův Brod: 2006, ISBN 80-247-1284-9.

2.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejíž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního společenského potenciálu.

Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.¹¹

V roce 2030 bude v nejvyspělejších zemích světa každý třetí člověk důchodcem. Do roku 2050 budou z celosvětové populace senioři představovat jednu pětinu. S ohledem na tento demografický vývojový trend se i společnost stále více zabývá řešením naléhavých otázek týkajících se života seniorů.

V roce 2001 zpracovala vláda ČR „Národní plán přípravy na stárnutí populace“, jenž vymezuje základní úkoly v zabezpečování vzdělávací, zdravotní i sociální péče o seniory.

Stárnutí lidstva se věnuje i OSN – oficiálními cíli Organizace spojených národů v oblasti péče o staré lidi jsou :

- ◀ nezávislost života občanů v seniorském věku, jejich nediskriminované uplatnění a účast na životě společnosti a spravedlivý podíl na využití jejich zdrojů i lidského potenciálu;
- ◀ hledání nových způsobů začlenění občanů – seniorů do aktivního spolupůsobení při utváření moderní demokratické společnosti;
- ◀ péče v případě potřeby, respektující bezvýhradně zachování osobní důstojnosti.¹²

2.2.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY

Sociální práce se seniory je velmi specifická. Staří lidé mají různá omezení a onemocnění. Každá změna zdravotního, psychického či sociálního stavu vyžaduje různou formu poskytnutí pomoci či podpory. Z tohoto důvodu by se měl každý, kdo se starými lidmi pracuje, neustále vzdělávat. Často totiž dochází k nemalým chybám při práci se starými lidmi. Velkou chybou při poskytování sociální služby je nejen zlehčování situace starého člověka, ale zrovna tak i přepečování.

11 MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. I. vyd. Praha : 2003. ISBN 80-7178-549-0.

12 NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce II. díl*. I.vyd. TUL : 2004. ISBN 80-7083-890-6.

Mnohdy starým lidem odpíráme jejich autonomii, což je závažné pochybení pracovníků v sociálních službách.

Sociální práce se staršími lidmi přináší určité problémy a kritické momenty:

◀ Nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací, k jejich průniku by mělo docházet jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb; proto je žádoucí, aby byly oba typy služeb poskytovány souběžně. Z toho vyplývá, že sociální pracovník má pracovat v týmu se zdravotníky.

◀ Platí i opačný vztah. Sociální změny představují pro seniora zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví. Náročné jsou zejména změny přinášející zpretrhání sociálních vztahů – odchod do důchodu, změna bydliště, odchod do ústavní péče nebo smrt blízkého člověka. Sociální pracovník pomáhá klientovi adaptovat se na změnu, případně integrovat se do nové sociální sítě. Pamatuje zároveň na nutnost uchovat kontinuitu života, podržet souvislost mezi minulostí a současností, pracuje s klientovým životním příběhem. Podporuje tak jeho zdraví a kvalitu života.

◀ Sociální práce se starými lidmi musí být prováděna kvalitně i v případě, že klient má závažný problém s komunikací v důsledku svého zdravotního postižení (demence, duševního onemocnění). Sociální pracovník musí proto být vybaven dovednostmi potřebnými k navázání kontaktu a k rozpoznání potřeb těchto lidí.

◀ Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám starých lidí. Sociální pracovník bývá v mnoha případech jediným prostředníkem kontaktu seniora s vnějším světem, skrz něhož může vyjádřit svoji vůli, s jeho podporou se může rozhodovat a udržet si kontrolu nad svým životem.

◀ Sociální práce se starým člověkem znamená často také práci s jeho rodinou a pomoc pečujícím rodinným příslušníkům.¹³

13 MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : 2005. ISBN80-7367-002-X.

2.2.2 PROBLEMATIKA USPOKOJOVÁNÍ POTŘEB STARÝCH A HENDIKEPOVANÝCH LIDÍ

Starý člověk má v určitém věku potíže obstat ve zvládnání požadavků běžného dne. Klesá-li celková, tedy tělesná i psychická zdatnost či soběstačnost, stoupá závislost. Pro staré lidi není snadné přijmout roli závislého, proto velmi záleží na tom, jakým způsobem je pomoc realizována. Ve stáří, dříve či později, není možné být plně soběstačný a zcela autonomní ve svém rozhodování a konání. V některých případech je možno pozorovat nedostatek vůle využívat zachovaných schopností i dále se rozvíjet a úbytek zájmu i sil učit se novým věcem. Proto bývají staří lidé často konzervativní a (zdánlivě i skutečně) pohodlní. Rádi vzpomínají na staré události, vyhýbají se složitým situacím a pod různými záminkami oddalují jejich řešení. Stále více se uchylují k rutinérství a ztrácejí duševní pružnost a nápaditost.¹⁴

Důležitým nástrojem sociálního pracovníka v individuální práci s klientem seniorem je rozhovor. Staří lidé mají velkou potřebu vyprávět svůj životní příběh, hodnotit a vyrovnávat se s tím, co jim život přinesl, vypovídat se ze svých trápení, řešit své problémy, a to i tehdy, jsou-li omezeni ve svých možnostech komunikovat. Rozhovor je prostředkem, který umožní získat velké množství informací o klientovi, jeho minulých rolích, zaměstnání, zájmech, sociálních podmínkách a historických souvislostech, v nichž žil. Umožní poznat jeho vnímání rodinných vztahů, identifikovat jeho klíčové osoby v rodinném schématu a v nejbližším okolí i v celé komunitě, poznat jeho odhad možností postarat se sám o sebe a očekávání vztahující se ke konkrétním rodinným příslušníkům. V rozhovoru může sociální pracovník též ověřit, do jaké míry pacient porozuměl instrukcím lékaře či fyzioterapeuta, týkajících se užívání léků a péče o zdraví.

Staří lidé někdy neodhadnou správně své možnosti, nadhodnocují své schopnosti a odmítají sociální služby. Obávají se radikální změny, bojí se cizího člověka v bytě, nereálně spoléhají na pomoc své rodiny nebo na vlastní síly. Je tedy třeba získat si důvěru seniora, postupně mu umožnit, aby lépe porozuměl své situaci, a přesvědčit ho o vhodnosti pomoci.¹⁵

Současný celosvětový trend preferuje pobyt seniorů co možná nejdéle v jejich přirozeném prostředí, které důvěrně znají a mají zde pocit bezpečí. Žít ve svém domově je obzvlášť důležité pro lidi, kteří onemocněli demencí. Tato nemoc způsobuje nejen velmi špatnou orientaci v novém prostředí, ale také horší adaptaci. K tomu, aby mohli senioři skutečně žít doma ve svém bytě, musí mít vytvořeny podmínky.

Přitom byty, ve kterých tito lidé prožili svůj život, mají těchto překážek více než dost. Například

14 NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce II. díl*. TUL : 2004. ISBN 80-7083-890-6.

15 „MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : 2005. ISBN 80-7367-002-X.

málokterý byt je zcela bezbariérový, přičemž mnoho seniorů se pohybuje po bytě buď s pomocí holí, chodítka či invalidního vozíku.

Pro takto fyzicky omezeného člověka je velkým problémem třeba i běžná koupel ve vaně.

Řada lidí, kteří žádají o umístění do domova pro seniory, má často velká fyzická nebo psychická omezení z důvodů onemocnění, jako je již zmíněná demence, stavy po cévních mozkových příhodách, roztroušené skleróze, atd.

Tato onemocnění vyžadují celodenní dohled nebo pomoc v uspokojování základních životních potřeb. Člověk, který onemocní demencí, což je ve stáří stále častější problém (zvyšuje se především výskyt demence Alzheimerova typu), má problémy nejen s pamětí (což je notoricky známé), ale především s orientací v čase a prostoru. Má poruchy rozumových schopností, motorické potíže, poruchy při poznávání předmětů a lidí, poruchy řeči, poruchy chování. Jako největší problém se zdají být problémy s orientací v čase a prostoru, často se totiž stává, že opustí byt za účelem nákupu nebo z jiných důvodů, ale není schopen najít cestu zpět, či odejde z bytu a nevypne vaříč, na kterém si právě chtěl uvařit oběd. Toto onemocnění, ale i mnohá další, vyžaduje celodenní dohled a pomoc druhé osoby. Přestože může rodina nemocnému zajistit pečovatelskou službu, je problém v tom, že obvykle tato služba dochází do domácností pouze na omezenou dobu, kdy pomůže lidem v určitých úkonech, a odejde. V tomto případě by tedy nemohla pečovatelská služba zajistit dohled po dobu, kdy je rodina v zaměstnání. Rodina má ještě možnost zajistit nemocnému pečovatelku, která by každý den docházela pouze do této konkrétní domácnosti, kde by s klientem trávila celý den. Toto řešení se zdá být zcela ideální, ale má to samozřejmě své úskalí - je to ekonomicky nákladné. Pokud nelze využít z jakéhokoli důvodu sociální péči v domácnosti, je nutné, aby klient nastoupil do ústavu sociální péče.

Kvalitní přijetí nového obyvatele do DS je stejně náročný proces jako jeho propuštění z akutní nemocniční péče. Je to proces velice rizikový a přináší řadu problémů, včetně předčasných úmrtí seniorů krátce po příchodu z nemocnice či místa bydliště do DS. Ať je již důvod nástupu do DS jakýkoli, měly by být obě strany na tuto situaci dobře připraveny. Pro seniora je výhodné, když jde o změnu plánovanou, k níž dojde na základě dobrovolného rozhodnutí, když si sám zvolí zařízení, v němž by chtěl žít, když je připraven na tento způsob řešení své životní situace.¹⁶

Přijímání nových klientů způsobem výše uvedeným by bylo zcela jistě ideální, ale v praxi často velmi obtížně proveditelné. Mnoho lidí si podává žádost o umístění do domova pro seniory, až když začnou mít zdravotní problémy a potřebují umístit co nejrychleji. Situace ve středních Čechách je však v tomto ohledu velmi neuspokojivá. Průměrná čekací doba na umístění do domova pro seniory je 3-4 roky. To samoosobě ještě zhoršuje postavení starých lidí, zvyšuje nejistotu a strach z toho, co

16 MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha : 2005. ISBN 80-7367-002-X.

bude.

Naše vláda se snaží řešit tuto situaci poměrně vysokými částkami na péči. Mnoha lidem to jistě umožní žít doma, ale lidem, kteří potřebují celodenní pomoc druhé osoby, nemůže v žádném případě tato částka stačit na zaplacení pečovatelky. Jsem přesvědčená, že domovy pro seniory budou i nadále velmi potřebné a jejich nedostatek a modernizaci by měla vláda co nejdříve začít řešit.

2.3 SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

Aktivizační činnosti představují účelové aktivity pro seniory i občany se zdravotním postižením, které směřují ke stimulaci fyzických, mentálních, společenských, emočních a tvořivých schopností a dovedností s cílem činit život smysluplným.

Ergoterapie (léčba prací) je léčebná metoda, která předchází ztrátě soběstačnosti, udržuje či zlepšuje motorické a mentální schopnosti.

Činnosti probíhají ve skupinách, což umožňuje vzájemnou podporu lidí stejného věku, zprostředkovává výměnu informací, poznatků, zážitků, zkušeností, zvyšuje sebedůvěru ve vlastní schopnosti, dává příležitost k tréninku sociálních dovedností.¹⁷

„Skupinová práce má významné místo i při práci s lidmi trpícími funkčními psychiatrickými onemocněními, například depresí. Zde je zapotřebí soustředit se zejména na sociální interakční dovednosti. U mnoha starých lidí se obecně jejich vztahy často zhoršují a sociální dovednosti se vinou izolace a osamění vytrácejí. Nedostává se jim příležitostí k tomu, aby si tyto dovednosti upevňovali. Jestliže je takováto situace ještě doprovázena psychiatrickou nemocí, dostávají se navíc následující faktory:

- ◀ uzavřenost,
- ◀ ztráta kontaktů s jinými lidmi vinou chorobného, bizarního chování,
- ◀ paranoia (chorobná podezíravost),
- ◀ úzkost,
- ◀ strach ze selhání,
- ◀ účinky hospitalizace,
- ◀ deprese,
- ◀ pocit vlastní neschopnosti,
- ◀ ztráta sebeúcty,
- ◀ ztráta sebedůvěry,

¹⁷ <http://www.ssmh.cz/?menu=14&submenu=2>.

◀ stigmatizování ze strany jiných lidí.¹⁸

Pasivita, nečinnost vedou k úpadku, včetně např. chudnutí slovníku. Je proto vhodné dbát v procesu stárnutí i ve vlastním stáří o přiměřenou psychickou a sociální aktivitu – komunikace, četba, křížovky, stolní hry, vzdělávání atd. Jde taky o psychickou pohodu. Profesor psychologie Josef Švancara doporučuje v psychohygieně stáří, ve snaze o co nejlepší adaptaci na stáří, usilovat o 5P, kterými jsou:

◀ **perspektiva** (zachovat, upřesňovat a pěstovat svůj životní program a pozitivní výhled do budoucna),

◀ **pružnost** (zůstat otevřený novým podnětům, usilovat o pochopení nových dějů i nových postupů, i ve stáří se vzdělávat),

◀ **prozíravost** (vidět věci v souvislostech, vybírat přiměřené cíle a činnosti, připravit se na různé ztráty a obtíže, které stáří často přináší, přemýšlet o jejich kompenzaci, včas zajistit vhodné bydlení i finanční prostředky pro klidný a aktivní život po penzionování),

◀ **porozumění** (usilovat o pochopení druhých, o dobré vztahy, nepropadat úkornosti, vyčítání, poučování a hádavosti),

◀ **potěšení** (pěstovat aktivně dobrou náladu, mít se nač těšit, umět užívat drobných radostí všedního dne).¹⁹

Vedle ergoterapie hrají důležitou roli i jiné aktivizační činnosti - např. rehabilitace, muzikoterapie, reminiscence, arteterapie, atd.

Mnozí lidé, kteří žijí v domově důchodců, dokáží vyplnit svůj volný čas sami, bez pomoci aktivizačních pracovníků. Chodí na procházky, čtou, chodí s přáteli do kavárny, hrají karty, jezdí pravidelně domů, apod.

18 WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.

19 HRABĚTOVÁ, E., KALVACH, Z. *Senior a já. Společnost přátelská všem generacím*. 2005. ISSN – neuvedeno.

2.3.1 REHABILITACE

Rehabilitace v domovech pro seniory zastává několik důležitých funkcí. Nepochybně nejdůležitější funkce je zlepšování nebo alespoň zachování stávajících schopností klientů.

Rehabilitace má ale také funkci sociální a psychologickou. Lidé mají možnost potkat se s jinými lidmi, popovídat si. Pokud dosáhnou svou pílí zlepšení svých fyzických schopností, mají velmi dobrý pocit z toho, co dokázali. To je velmi důležité pro celkovou duševní pohodu, pro posílení sebedůvěry, lepšího náhledu na svou vlastní budoucnost.

Rehabilitace je obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. Pojem rehabilitace se objevuje v Evropě od druhé světové války a rozvinul se ve vyspělých zemích jako politický rozvoj státu k osobám se zdravotním postižením. Je zakotven v mnoha mezinárodních deklaracích a dohodách, jejichž signatářem je i Česká republika. Moderní pojetí rehabilitace jako celospolečenského systému klade důraz na integraci osob se zdravotním postižením, na to, aby dosáhly co nejvyšší možné samostatnosti. Z toho vyplývá, že v rehabilitaci nejde jen o fyzické uzdravení pacienta, ale o jeho návrat do života, kromě fyzické rehabilitace se tedy jedná o rehabilitaci psychosociální, spočívající především ve znovuvčlenění do rodinných vazeb a návratu mezi přátele a známé.²⁰

2.3.2 REMINISTENCE

Schopnost aktivně si vybavovat vzpomínky patří k základním vlastnostem lidské psychiky. Při vzpomínání vstupují staré paměťové stopy do vědomí člověka, a ten má možnost znovuprožívat události svého života, přehodnocovat je, znovu je začleňovat do svého životního příběhu a do obrazu sebe sama. Vybavování vzpomínek a hodnocení prožitého života je tak pro člověka v pozdním věku a pro jeho duševní zdraví základní životní potřebou.

Reministence je definována jako vybavování událostí ze života člověka, které probíhá buď o samotě, nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí. Jako reministenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě a dřívějších aktivitách, o prožitých událostech a získaných zkušenostech, často s využitím vhodných podnětů (staré fotografie, předměty, nástroje a pomůcky dříve užívané v domácnostech apod.).

²⁰ <http://www.e-rehabilitace.com/co-je-rehabilitace/>

Život provázejí neustálé změny a ve starším věku zejména četné ztráty. To, co drží identitu člověka pohromadě, jsou právě jeho vzpomínky. Když lidé přemístění do instituce opustí vše, s čím až dosud žili, a když navíc není nikdo, komu by o svém životě mohli vyprávět – pak najednou sdělují: „To přece nikoho nezajímá. To nechce nikdo poslouchat“. Kontinuita života je dramaticky přerušena.

Přesto pro každého starého člověka není reminiscence vhodná. Rysy osobnosti (např. extraverte, neuroticismus, orientace na sebe nebo na druhé) spolu s vnímaným smyslem reminiscenční aktivity (jako stimulace, jako potřeba něco předat, jako součást přípravy na smrt apod.) mají vliv na to, jak často člověk vzpomíná, jaké mají vzpomínky dopad na jeho vnitřní život, na jeho pohodu a spokojenost.²¹

2.3.3 ARTETERAPIE

Arteterapie je využívání exprese v terapii, nejčastěji formou výtvarných aktivit. Užívá se u mnoha typů klientů a v řadě programů, pole jejího uplatnění se stále rozšiřuje (např. na lidi s demencí, vězně, lidi vážně nemocné i umírající). J. Slavík definuje expresi jako projektivní aktivity, vznikající na instinktivním základě, ale přístupné kultivaci a učení, které spontánně vyjadřují psychické stavy aktéra a zároveň reprezentují jeho osobnost. Koblicová rozlišuje prvopocesovou arteterapii (art as therapy), jejímž těžištěm je sama tvorba, a druhopocesovou arteterapii (art psychotherapy), při níž je těžiště ve verbálním zpracování procesu tvorby. Prvopocesová arteterapie, označovaná jinými autory jako arteterapie činnostní, kreativistická nebo intergrativní, je vhodnější u lidí s těžkým somatickým nebo mentálním postižením. Nemusí spočívat jen ve výtvarných činnostech, ale i v pohybovém vyjádření, v hudebním projevu, v tanci. Druhopocesová (projektivní, sublimační) arteterapie je vhodnější u lidí, kteří si přejí zpracovávat zážitky formou slov a jsou toho schopni. Jiné dělení rozlišuje receptivní arteterapii, při níž klient využívá již vytvořených děl (např. knih, obrazů, filmů), a produktivní arteterapii, při které klient dílo sám vytváří.²²

21 HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., VAŇKOVÁ, H. *Rezidenční péče*. 2008, č. 1, s. 18. ISSN 1801-8718.

22 MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: 2003. ISBN 80-7178-549-0.

2.3.4 MOTIVACE K ČINNOSTI

Aktivita člověka vzniká z napětí mezi vnitřní potřebou činnosti a vnější příležitostí tento vnitřní potenciál činnosti nějak zaměřit. Aktivita je způsob, jak člověk může přežít, jak může uspokojit svoje potřeby, jak si může zpříjemnit život, jak může vytvořit něco, co ho přesahuje. Aktivita pro osoby žijící trvale v institucích by měly co nejvíce připomínat aktivity každodenního života vrstevníků žijících v domácím prostředí, v komunitě.

V souvislosti s institucionální péčí se často užívá slova „aktivizace“, „aktivizační program“. Tato slovní spojení navozují představu, jako by obyvatelé, kteří žijí v instituci, nebyli sami schopni nebo nechtěli být aktivními, jako by byli pasivními objekty, které musí být aktivizovány, protože tak nemohou činit ony samy. Tento postoj pak vnáší do instituce uměle vytvářené aktivizační programy spočívající např. v kolektivním stříhání molitanu, společném sledování televize či skládání roušek. Program probíhá pouze ve vymezeném čase a prostoru, je součástí režimu dne a vede často k výkonu aktivity pro aktivitu, k stereotypnímu vyplnění času a zahlání nudy, nebo je veden snahou vyhovět pečující osobě. Aktivizační pracovníci nabízejí pravidelnou činnost většinou pouze úzké skupině klientů, kterým tento způsob aktivizace vyhovuje a kteří jsou schopni v předložené nabídce se také orientovat. Mnozí však z různých důvodů odmítají takovýchto aktivit se účastnit, protože jim např. nedávají smysl, brání jim stud nebo strach ze selhání. Lidem s různými druhy postižení a různým stupněm limitace psychomotorických schopností pak obvykle nezbyvá nic jiného, než pohled z okna (ale i ten může být pro někoho cennou příležitostí k bohaté vnitřní duševní aktivitě) nebo, v případě ležících klientů, pohled do bílého stropu.

Činnost by měla mít smysl. Člověk musí vědět, proč ji dělá. Účel prováděné činnosti si však nachází každý sám – pro někoho to je užitek, kterou mu činnost přináší, pro jiného užitečnost pro jiné (vytvoření hodnoty, zboží, naplnění služby), pro jiného třeba samotná účast (pracovat spolu s druhými).²³

23 JANEČKOVÁ, H. *Zpravodaj*. 2003, č. 3, s. 19. ISSN – neuvedeno.

2.4 PSYCHOLOGICKÉ VÝZKUMNÉ METODY A TECHNIKY

Metody představují cesty, způsoby, jimiž zjišťujeme fakta, jevy, jejich souvislosti. Pomocí metod lze hlouběji proniknout do duševního života lidí, umožňují jejich poznávání.²⁴

Hlavními požadavky kladenými na informace jsou především objektivnost, úplnost a přehlednost. Sociální pracovníci by je tedy měli zpracovávat pokud možno v krátkém, jednoduchém a logickém souhrnu s ohledem na potřebu dodržování zásady ochrany osobnosti klienta proti možnému zneužití informací.

2.4.1 POZOROVÁNÍ

Pozorování je základní a nejčastěji používanou metodou, pomocí níž se dovídáme o přirozeném průběhu psychického jevu bez umělého zásahu do jeho vzniku, průběhu a výsledku. Může být použito jako samostatná metoda nebo v kombinaci s jinými metodami.

Jestliže se používá pozorování jako relativně samostatná metoda, je třeba dodržovat následující zásady: 1. plánovitosti,

2. systematičnosti, soustavnosti,

3. přesnosti a objektivity.²⁵

Pozorování jako metoda získávání informací o klientovi je postup náročný a jeho osvojení je dlouhodobý proces praktického učení a odborného zrání. Vyžaduje od pomáhajícího „všechno vidět, všechno slyšet a na všechno myslet“. Do procesu pozorování musí pomáhající zapojit všechny svoje smysly.

Pozorování a jeho výsledky musejí být objektivně získané, pravdivé a vyčerpávající. Pravdivost vystihne pomáhající tím, že se uchrání před ovlivněním (ovlivněn může být třeba dřívější zkušeností se stejným nebo podobným jevem u jiného klienta, zkreslení může být způsobeno i klientem samým, když zkoumaný jev z různých důvodů potlačuje nebo naopak umocňuje). Objektivita předpokládá vidět opravdu to, co je skutečností, nikoliv to, co si pomáhající přeje vidět nebo to, co doplňuje svojí představivostí.

²⁴ ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie 1. díl*. 2. vyd. Liberec: TUL, 2005. ISBN 80-7083-960-0.

²⁵ ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie 1. díl*. 2. vyd. Liberec: TUL, 2005. ISBN 80-7083-960-0.

Existuje několik forem pozorování :

- ◄ přímé – nepřímé
- ◄ krátkodobé – dlouhodobé
- ◄ místní – celkové
- ◄ náhodné – záměrné

V praxi se uvedené formy kombinují, doplňují a vzájemně prolínají.

U všech forem pozorování jde o proces, který má svá určitá pravidla. Výchozím bodem je ujasnění si objektu pozorování a důvodů vedoucích k opodstatněnosti celého procesu. Nezbytné je pochopit smysl pozorování, tj. čemu a k čemu pozorování slouží. V další fázi je nutné zvolit optimální kombinaci forem pozorování, vyloučit rušivé a zkreslující faktory a rozhodnout se pro vhodný způsob zaznamenávání zjištěných informací. Získaný materiál se musí analyzovat, správně interpretovat (vyložit) a vzájemně porovnat (u jednotlivých položek hledat shodné či odporující si rysy). Teprve potom je možné z výsledků pozorování vyvodit závěry.²⁶

Předmětem pozorování mohou být :

- ◄ neverbální projevy: aktivita, motorické projevy, gestikulace, mimika, celkový vzhled, vnější upravenost a čistota, apod.
- ◄ verbální projevy: obsahové a formální charakteristiky řeči – vady řeči, četost a charakter verbalizace apod.

Rozlišujeme :

- ◄ introspekci – sledování a popis vlastního prožívání
- ◄ extrospekci – jedná se o plánovité, systematické, záměrné sledování vnějších projevů u jiného člověka, popř. u skupiny lidí.²⁷

Při pozorování se zaměřujeme na kognitivní schopnosti klientů (schopnost komunikovat, soustředit se a vyjadřovat se, atd.) a na schopnost soběstačnosti. Předmětem pozorování jsou verbální i neverbální projevy.

Neverbální komunikaci se každý člověk projevuje z 90-94%. Patří sem pohyby těla, postoj, mimika,

²⁶ VUČKOVÁ, J. *Ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1994. ISBN 80-7168-151-2.

²⁷ ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie 1. díl*. 2. vyd. Liberec: TUL, 2005. ISBN 80-7083-960-0.

gesta, pohyby očí, oblečení, kosmetika, kvalita hlasu, ..

Na rozdíl od neverbální komunikace tvoří verbální komunikace pouze 10-6% informací o klientovi. Pozorování v naší praxi je většinou dlouhodobé. Dále může být náhodné i systematické, individuální nebo skupinové. To se odvíjí podle situace, při které pozorování probíhá. Výhodou je, že můžeme klienta pozorovat při všedních činnostech. Můžeme pozorovat jeho chování a reakce například při adaptaci na nové prostředí (může nám to pomoci při hospitalizaci nebo přemístění do jiného ústavu sociální péče, kdy můžeme personál informovat, jak se klient adaptuje, jak na nové prostředí reaguje a jak nové situace prožívá), poté, co se klient v novém prostředí adaptuje a nalezne zde nová přátelství, můžeme ho pozorovat v relativně přirozeném prostředí.

Máme možnost pozorovat, jak vychází se spolubydlicími, jestli je agresivní nebo naopak plachý, sobecký nebo obětavý, přátelský nebo samotářský, apod.

Sledujeme, jak klient zvládá všední činnosti, jestli se zhoršuje soběstačnost nebo jestli klient spíše služeb využívá. Výsledky z tohoto pozorování opět zaznamenáváme v kazuistikách.

2.4.2 DOKUMENTACE

Při naší práci máme možnost nahlédnout do zdravotní dokumentace klienta. Informace odtud získané využívá především ošetřující personál. Tyto informace jsou ale důležité také pro sociální pracovníce a pro další pomáhající.

Ze zdravotní dokumentace se dozvíme, kdy se onemocnění začalo projevovat, jak probíhalo a jak rychle postupuje. Nalezneme zde také doporučení od lékaře, jak s klientem rehabilitovat a na co se máme zaměřit. U starších osob se zpravidla vyskytuje více chorob najednou (polymorbidita – souběžná přítomnost více onemocnění u jednoho člověka buď bez přímé souvislosti nebo chorob navzájem se podmiňujících). Při práci s klientem musíme brát zřetel na všechna onemocnění a omezení, které klient má. Zdravotní dokumentace nám poskytne všechny důležité informace o nemocech, kterými dotýčný trpí.

2.4.2.1 STUDIUM DOKUMENTACE

Jde o klasickou metodu, je to analýza jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu. Dokumentem je v sociologii chápán jakýkoliv způsob zachycení informace na hmotném médiu. Podle tohoto média je možné dokumenty dělit na dokumenty tištěné nebo psané na papíře, dokumenty na magnetofonových páscích, na videozáznamech, fotografiích atd. Společenské jevy se zkoumají na základě oficiálních, osobních či jiných dokumentů. Sociologické informace jsou z nich získávány na základě analýzy významu, což je nejučinnější metoda analýzy písemných dokumentů. Obsahová analýza dokumentů je kvantitativní, objektivní analýza sdělení jakéhokoliv druhu. Může se zabývat jak obsahem sdělení, tak jeho formou, autorem i adresátem takového sdělení.

Za dokumenty lze považovat: úřední statistiky, novinové články, osobní deníky, telefonní účty, letáky atd.

Podle personifikace (vztahu ke konkrétní osobě) je možné dokumenty dělit na:

- ◄ **osobní** – jde o dopisy, deníky, memoáry apod.
- ◄ **neosobní** – jedná se o statistiky, úřední dokumenty, komuniké, zprávy apod.

Podle statusu pramene lze pak rozlišovat dokumenty na:

- ◄ **oficiální (úřední)** - bývají závazné, mnohdy kontrolované či jiným způsobem objektivizované. Radíme sem zákony, vyhlášky, nařízení apod. Dále jsou úřední statistické prameny např. statistické ročenky apod.
- ◄ **neoficiální** – mívají zpravidla vyšší míru subjektivity (např. reklamní letáky)

Podle pramene informací jsou dokumenty rozdělovány na:

- ◄ **primární (prvotní)** – jsou bezprostředním záznamem událostí, situace, nálady, dojmu, názoru, chování atd. Jsou to takové prameny, které pocházejí od prvních aktérů nebo svědků jevů, které zachycují. Jsou to např. osobní dokumenty (např. rodné listy) chorobopisy, soudní protokoly, znalecké posudky, osobní či úřední korespondence atd.

◀ **sekundární (druhotné)** - jsou to v podstatě již zpracované prvotní prameny. Jsou to např. biografie, různé statistické zprávy, zprávy o zdravotním stavu určité části populace, o průběhu určitých epidemií.²⁸

²⁸ BÁRTLOVÁ, S., HNILICIVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: 2000. ISBN 80-7013-311-2.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Se starými lidmi pracuji již 15 let. V současné době sleduji nárůst problémového chování u klientů, kteří žijí v DS. Člověk, který tuto problematiku nezná, by se mohl možná divit. Vždyť se zlepšily podmínky v těchto zařízeních. Dříve přeci nebylo výjimkou, když bylo na pokoji pět i více klientů a problémové chování se v takové míře nevyskytovalo (nebo se alespoň neřešilo tak často). Dnes jsou pokoje obvykle jednolůžkové a dvoulůžkové. I přístup ke starým a nemocným lidem se pozitivně mění. Tak proč se objevuje problémové chování?

Odpověď je dle mého názoru zcela jasná. Když žili tito lidé v pokojích s více klienty, byli apatičtí, neměli pocit, že by mohli něco změnit a tak naprosto rezignovali.

V současné době si senioři uvědomují svá práva, mají stále určité cíle a přání a dokážou si za těmito cíli jít. Je to snad problémové chování, nebo jsme my pečovatelé zůstali o krok pozadu a chování těchto lidí vnímáme trochu jinak, než jaké ve skutečnosti je? Možná jiné chování, než jaké očekáváme, pramení z nedostatku činností, které domovy pro seniory nabízejí. Možná je to odrůžením od přirozeného prostředí a od blízkých osob. Důvodů může být jistě celá řada.

Ve své bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na vliv volnočasových aktivit na chování klientů v domovech pro seniory. Ráda bych zjistila, zda vhodný přístup ke klientovi spolu s vhodnými aktivitami, může ovlivnit chování starých lidí žijících v domovech pro seniory.

Ve své práci budu vycházet ze studia dokumentace a z vlastního pozorování.

Dokumentace, ze které budu čerpat potřebné informace, se nazývá osobní listy klienta, kde je zmapován pobyt klienta od jeho nástupu po současnost.

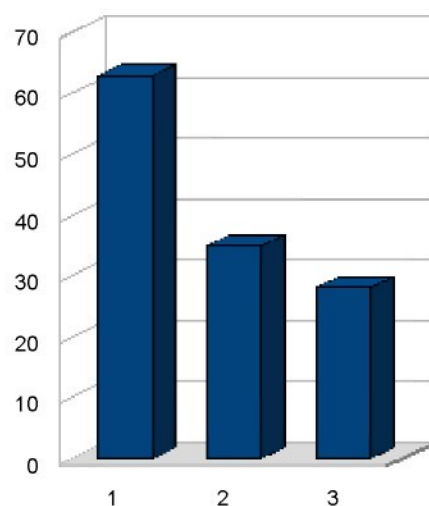
V domově pro seniory je celkem 63 klientů, kteří by se dali rozdělit do dvou skupin. Jedna skupina se účastní volnočasových aktivit a druhá skupina se těchto akcí neúčastní. Tyto dvě skupiny budu mezi sebou porovnávat (graf č. 1). Budu sledovat výskyt problémového chování a jeho četnost.

Graf č. 1 - Údaje o celkovém počtu klientů a jejich účasti na aktivitách

Sloupek 1 – celkový počet klientů v domově pro seniory

Sloupek 2 – počet klientů, kteří se účastní volnočasových aktivit

Sloupek 3 – počet klientů, kteří se volnočasových aktivit neúčastní



3.1.1 STANOVENÍ PŘEDPOKLADŮ

1. Lze předpokládat, že vhodnou volnočasovou aktivitou lze snížit výskyt problémového chování u klientů žijících v domovech pro seniory.
2. Lze předpokládat, že čím více aktivit, které jsou přirozené i v domácím prostředí, budou domovy nabízet, tím více se jich budou staří lidé účastnit.
3. Lze předpokládat, že vhodným přístupem a motivací, lze klienty, kteří se nechtějí účastnit volnočasových aktivit, zapojit do činností, které domov nabízí, viz kapitola 3.3.1 Aktivizační činnosti.
4. Lze předpokládat, že velkou úlohu při prevenci problémového chování má kontakt s dalšími lidmi.

3.2 POUŽITÉ METODY

3.2.1 STUDIUM DOKUMENTACE

Pro zjištění pravdivosti výše uvedených předpokladů je zcela nezbytné prostudovat potřebnou dokumentaci. V dokumentaci každého klienta je zaznamenávána účast na aktivitách i chování klientů. Toto jsou velmi důležité a cenné informace.

V dokumentaci se zaznamenává i reakce klientů na určitou aktivitu. Pokud je klient nervózní nebo neklidný, zaznamenává se do dokumentace, co neklid obvykle způsobuje a co naopak na klienta působí pozitivně a co ho uklidňuje.

V DOMOVĚ VEDEME TŘI DRUHY DOKUMENTACE :

1. **Zdravotní dokumentace** – do zdravotní dokumentace zapisují pouze sestry či lékařka našeho domova. Do této dokumentace nemá další personál přístup. Informace o zdravotním stavu klienta, které nezbytně musí znát i další personál, předává pouze vrchní sestra nebo zdravotní sestra.
2. **Sociální dokumentace** – v sociální dokumentaci je založena smlouva s klientem, jsou zde informace o výši příjmu klienta, údaje o příspěvku na péči, atd.
Tato dokumentace je založena u sociálních pracovníků a jiný personál k ní nemá přístup. Pokud je nutné sdělit informaci z této dokumentace i jinému pracovníkovi, předává tuto informaci sociální pracovníce.
3. **Osobní listy** – do této dokumentace zapisuje své poznatky o klientovi veškerý personál, který pracuje s klientem (pracovníci přímé obslužné péče, zdravotní sestry, rehabilitační sestra, aktivizační pracovníci, sociální pracovníce). Zapisují sem účast na kroužcích, konfliktní situace a způsob jejich řešení, jak se klient cítí, změny nálad, apod.

Každý pracovník je poučen o ochraně osobních údajů a o tom, jak zacházet se svěřenými informacemi.

Dobře vedená dokumentace je velmi cenným zdrojem informací. Jedním z problémů však může být, že do dokumentace zapisuje více lidí. Bohužel, na každou informaci se nelze spolehnout. Problém dnešní doby totiž spadá do filosofie „co je psáno, to je dáno“. Pokud bych vycházela pouze ze

studia dokumentace, mohlo by se stát, že bude má práce velmi zkreslena. Doufám, že každý nemá podobnou zkušenost, ale při studiu dokumentace jsem zjistila, že se do dokumentace občas napíší činnosti, které nebyly vykonány. Z tohoto důvodu jsem musela do své praktické části zahrnout i další výzkumnou metodu – pozorování.

3.2.2 POZOROVÁNÍ

Pozorování je velmi vhodnou metodou, jak si potvrdit informace psané v dokumentaci klienta. Pozorováním se můžeme dozvědět mnoho potřebných informací o tom, jak skutečně probíhá běžný den těchto lidí.

Mé pozorování probíhalo dlouhodobě (po dobu asi jednoho roku) a náhodně. Sledovala jsem, jakým způsobem se klienti zapojují do společných aktivit, jak mezi sebou komunikují, zda jim společná práce vyhovuje. Také jsem sledovala přístup aktivizačních pracovníků ke klientům. Zaměřila jsem se především na neverbální projevy.

Pozorováním jsem zjistila nepříjemnou skutečnost. Aktivizační pracovníce, které pracují s méně schopnými klienty, svou práci nevykonávají s příliš velkým nadšením. Často si stěžují na svou práci, která není finančně ani slovně dostatečně ohodnocena. Na tuto skutečnost si často stěžují i před klienty.

Přesto si nemyslím, že by byla chyba pouze na straně těchto aktivizačních pracovníků. Často totiž musí pomáhat své nadřízené s její pracovní náplní (například s inventurami, apod.). Také jezdí s klienty k lékaři jako doprovod, protože je nedostatek ošetřovatelského personálu. Tato skutečnost narušuje jejich činnost, která by měla být především pravidelná. Jejich práce pak nemá žádný řád a systém.

Zajímavé je, že pracovníce, pracující se schopnými klienty, nemusí jako doprovod jezdit vůbec. Důvod je zcela zřejmý. Na důvody, proč tomu tak je, jsem se také ve své práci zaměřila.

3.2.3 PŘEDVÝZKUM

Když jsem se začala zabývat metodami výzkumu a způsobem jejich zpracování, narazila jsem na skutečnosti, které jsou celkem logické, ale při zadávání své práce jsem si je vůbec neuvědomovala. Například problémové chování. Problémové chování je velice široký pojem a je potřeba vymezit si, co vlastně problémové chování je. Když jsem totiž začala studovat osobní listy klientů, zjistila jsem, že každý z nás považuje za problémové chování něco jiného. Personál často řeší pro ně nepříjemné situace, které nejsou problémem v pravém slova smyslu. Buď jsou tyto události samozřejmé (patřící k normálnímu životu každého z nás) nebo jsou důsledkem stáří a nemoci, což je potřeba tolerovat a svým chováním tyto nepříjemné události minimalizovat. To se však často neděje a já jako sociální pracovnice musím mnohdy řešit situace, o kterých si myslím, že jsou zcela zbytečné. To se ale nadřazeným jen těžko vysvětluje, protože je snazší určit viníka mezi starými lidmi (svůj podíl na této situaci má také nedostatek lidí, kteří by chtěli pracovat v sociálních službách a naopak velká poptávka po umístění v domovech pro seniory).

Mezi klasické problémy, které často musím řešit, patří neshody mezi klienty na pokojích. Tyto konflikty by ale zcela jistě nebyly, kdyby nebyly v našem domově pouze dvoulůžkové pokoje. Je potřeba si uvědomit, že potřebu soukromí má každý z nás. Každý z nás má také specifické požadavky (např. kdy větrat, kdy zhasnout a jít spát, jak dlouho mít zapnutou televizi, apod.) Pokud se dva lidé na těchto věcech nedohodnou, vzniká problém, který je nutno řešit. Přesto si nemyslím, že tito lidé jsou problémoví v pravém slova smyslu. Chybou je, že domov není schopen těmto lidem zajistit jednolůžkové pokoje. Konstatování vedoucích pracovníků „o tom, že jsou zde pouze dvoulůžkové pokoje předem věděli, tak se teď musí přizpůsobit“ je dle mého názoru poněkud nešťastné.

Nedávno jsem řešila také jeden „problém“. Jednalo se o klientku s velkou nadváhou, která chtěla být vysazována do invalidního vozíku. Na vysazování klientů do invalidních vozíků mají pracovníci k dispozici tzv. zvedák. S tímto přístrojem však tuto klientku do vozíku nepřemístili, jelikož se díky veliké váze klientky převažoval. Klientka se dožadovala vysazování a sestry po sociálních pracovnicích požadovaly vyřešení této skutečnosti domluvou. Klientce jsme měly vysvětlit, proč nemůže být vysazována a ona to měla pochopit. Je však normální trávit zbytek života na lůžku? Je problémem klienta, že domov není schopen zajistit potřebné vybavení?

V první řadě by se měla v tomto případě řešit nadměrná obezita a hledat možnosti nápravy. Vysvětlovat klientce, že kvůli obezitě se již z pokoje nedostane, je pro mne nepříjemné.

Takovýchto různých úhlů pohledu na problematiku chování je mnoho.

Ve své práci bych se zaměřila pouze na klienty, kteří problémy nechtějí řešit a naopak je vyhledávají (vytvářejí).

Další nejasnost, na kterou jsem při své práci narazila, se týkala samotných aktivizačních činností. Stává se, že jsou volnočasové aktivity nabízeny pouze „některým klientům“. Člověk, který je schopen chodit, komunikovat, prosadit si své potřeby, má obvykle možnost těchto nabídek využívat. Jak je to ale s lidmi, kteří nemohou chodit, komunikovat, apod.?

Z vlastní zkušenosti musím říci, že všichni klienti k těmto aktivitám (především pasivním, jako je například předčítání z novin či knih) nemají stejný přístup.

Například jedna klientka, která byla upoutána na lůžko, často zvonila na sestry. Když sestra přišla a zeptala se, co potřebuje, nedokázala tato paní nikdy odpovědět. Bylo to velmi zatěžující a sestry chtěly, abych tento problém vyřešila. Tato paní dle mého názoru potřebovala někoho, s kým by si mohla popovídat. Požádala jsem tedy vedoucí aktivizačních pracovníků, zda by k této paní nemohly docházet. Velmi se rozčílila a řekla, že i tak mají mnoho práce a nikam už chodit nebudou. Tato reakce mne zaskočila. Do té doby jsem měla pocit, že aktivizační pracovníci mají dělat především aktivizační činnosti. Byl to ale omyl. Jak jsem již psala, dělají naše aktivizační pracovníci i činnosti, které s jejich prací vůbec nesouvisí, z tohoto důvodu nemají na ležící klienty čas.

Je tedy těžké zjistit, proč se objevuje problémové chování u klientů, kteří se neúčastní žádných aktivit. Nevíme totiž, jak by se tito klienti chovali, kdyby s nimi byla dělána smysluplná činnost.

V tabulce č. 1 uvádím nejčastěji zaznamenávané problémové chování.

Tabulka č. 1 - Nejčastěji zaznamenávané problémové chování

TYP PROBLÉMU	ZPŮSOB PROJEVU PROBLÉMU
Neshody mezi klienty na pokoji	Problémy spojené s větráním, sledováním TV, svícením na pokoji, apod.
Nespokojenost se stravováním	Někteří senioři chtějí více zeleniny a ovoce, druzí si stěžují, že je zeleniny a ovoce příliš. Někteří senioři chtějí častěji omáčky, druzí si naopak stěžují, že jsou omáčky příliš často, apod.
Nespokojenost s poskytovanými službami	Vyžadování stálé přítomnosti sester, vyžadování činností nad rámec poskytovaných služeb (ošetřující personál v žádném případě nemůže suplovat rodinu klienta).
Zneužívání nabízených služeb	Vyžadování poskytování služeb, které si klient zvládne udělat sám, požadování každodenních nákupů, apod.

Pokládám za důležité vysvětlit, co považuji za zneužívání nabízených služeb. Náš domov nabízí například možnost nákupů. Na tuto službu je vyčleněna jedna pracovnice. Pokud je tato zaměstnankyně nemocná nebo má dovolenou, přebírají tuto službu sociální pracovnice. Sociální pracovnice jsou v našem domově dvě. Pokud sociální pracovnice zastupují pracovníci, která chodí na nákupy v době, kdy jsou obě v domově přítomny, není s nákupy pro seniory žádný problém. Potíže nastávají v letním období, kdy si zaměstnanci hromadně vybírají dovolené. Pracovnice, která chodí na nákupy, si nejen vybírá svou dovolenou, ale zastupuje pracovnice v kuchyňkách, aby si i ony mohly dovolenou řádně vybrat. O letních prázdninách si samozřejmě vybírají dovolenou i sociální pracovnice. V tomto období je v domově přítomna často jen jedna. Pokud má zvládnout svou práci (například zpracovávání důchodů, příjem nových klientů, vybírání peněz za léky, řešení konfliktních situací, apod.), není možné, aby chodila každý den na nákupy. Sociální pracovnice přitom chodí často do města vyřizovat úřední záležitosti. Vždy při této příležitosti klientům donesla vše, co požadovali. To ale některým seniorům nestačilo a požadovali nákupy denně. Nechtěli pochopit (paradoxně především ti klienti, kteří by si do města zvládli dojít i sami), že sociální pracovnice má i jiné povinnosti. Vzhledem k neřešitelnosti situace byla ředitelka domova nucena rozhodnout, že v době nepřítomnosti pracovnice, která nákupy zajišťuje, bude tato služba nabízena pouze 2x v týdnu.

Dále někteří klienti požadují po zdravotním personálu služby, které dokáží provést sami. Například doprovod k lékaři často vyžadují i senioři, kteří lékaři dokáží sami sdělit své potíže, přičemž je klientovi zajištěn převoz sanitou a řidič sanity je povinen přivést klienta až do čekárny a také ho zde v předem domluveném čase vyzvednout.

Více služeb požadují klienti od doby, kdy byl zaveden příspěvek na péči. Lidé jsou přesvědčeni, že když příspěvek na péči náleží v plné výši domovu, musí dostávat stejné služby jako například jejich spolubydlící, který má ale mnohem závažnější omezení. Příspěvek na péči přitom neznamená neomezené poskytování služeb, ale především podporu klientů v jejich soběstačnosti.

3.3 POPIS ZKOUMANÉ SKUPINY SENIORŮ

V našem domově máme tři druhy služeb:

1. **Domov pro seniory** – pro klienty, kteří vlivem stáří, nemocí či ztráty soběstačnosti nejsou schopni sami ani s pomocí rodiny zajistit své životní (zdravotní a sociální) potřeby. Klienti nad 65 let.
2. **Domov pro osoby se zdravotním postižením** – pro klienty, kteří jsou trvale připoutaní na lůžko. Klienti nad 65 let.
3. **Domov se zvláštním režimem** – pro klienty se stařeckou demencí, zejména Alzheimerovou chorobou. Klienti nad 65 let.

V každém z těchto domovů jsou nabízeny aktivizační činnosti a rehabilitační služby. Ve svém výzkumu se zaměřím na klienty z domova pro seniory.

Domov pro seniory má ze všech druhů služeb nejrozmanitější skupinu obyvatel. Lidé, kteří využívají těchto služeb, mohou být relativně soběstační a potřebovat pomoc pouze v určitých úkonech při péči o vlastní osobu, ale mohou být i zcela upoutaní na lůžko. Lidé na tomto oddělení mohou mít i lehčí stupeň demence, který zatím nevyžaduje trvalý dohled na specializovaném (uzavřeném) oddělení.

Při přijímání klientů na různá oddělení se musíme řídit jistými skutečnostmi. Například na oddělení pro osoby se zdravotním postižením jsou lidé, kteří jsou trvale upoutaní na lůžko, ale ani schopnost komunikace není u těchto lidí zachována. Na toto oddělení nemohou být proto přijímáni klienti, kteří jsou sice upoutaní na lůžko, ale jejich duševní stav je dobrý. Pokud by byl takovýto člověk umístěn na oddělení pro osoby se zdravotním postižením, byl by zcela jistě nešťastný, chyběly by mu kontakty s dalšími lidmi, které potřebuje každý z nás. Z tohoto důvodu jsou tyto lidé umisťováni v domově pro seniory.

Podobné je to i s lidmi, kteří onemocněli demencí. Na oddělení pro takto nemocné klienty jsou zcela jiné požadavky (jak pro personální obsazení, tak i pro samotné ubytování). Toto oddělení je zcela uzavřené a lidé chodí z tohoto oddělení jen s personálem nebo rodinou. Je zde služba 24 hodin denně. Dopoledne je zde kromě zdravotního personálu také aktivizační pracovnice. Pokud nemá klient rozvinutou demenci, byl by opět na tomto uzavřeném oddělení nešťastný.

Různorodost potřeb klientů na oddělení pro seniory ovlivňují také další faktory. Například i pro mladého člověka je každá změna prostředí velmi zatěžující. U starých lidí je adaptace na nové prostředí ještě více komplikovaná. Starý člověk se s novým prostředím seznamuje velmi pomalu. Také každá změna působí negativně na jejich duševní stav.

Pokud je klient přijat na oddělení, žije zde nějakou dobu, nemůže ho personál přestěhovat jinam jenom kvůli zhoršení jeho zdravotního stavu. Jak každý ví, pro dobrou léčbu je nutná dobrá psychická pohoda. Stěhováním na jiné oddělení bychom způsobili těmto lidem jenom trauma. Pokud je to jenom trochu možné, klienti, kteří by za jiných okolností nebyli na tomto oddělení umístěni, zde zůstávají.

Z tohoto důvodu, jsou na oddělení pro seniory lidé s různým zdravotním postižením a různými potřebami péče.

Tabulka č. 2 - Přehled klientů a jejich zdravotního a psychického omezení (domov pro seniory)

ZDRAVOTNÍ A PSYCHICKÉ OMEZENÍ	POČET KLIENTŮ
Klienti, kteří se pohybují bez pomoci druhé osoby (do této skupiny jsem zařadila i klienty upoutané na invalidní vozík, kteří se mohou po domově pohybovat bez cizí pomoci)	39 klientů
Klienti, kteří jsou upoutaní na lůžko, či invalidní vozík nebo chodí pouze s pomoci druhé osoby, ale dokáží sdělit své požadavky	20 klientů
Klienti, kteří jsou zcela upoutaní na lůžko a nejsou schopni sdělit své požadavky	4 klienti

3.3.1 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

V domově je několik kroužků, které mohou klienti navštěvovat. Každý je zaměřen na jinou oblast využití volného času tak, aby si co možná nejvíce klientů mohlo vybrat aktivitu, která je jim nejbližší.

Klub šikovných rukou - zde mohou klienti vyrábět výrobky, viz příloha č. 1, které pak vystavují nejen v areálu domova, ale účastní se různých výstav, viz příloha č. 2, kde získávají mnohá ocenění (např. senior hendikep v Lysé nad Labem, apod.). Lidé se zde nezabývají pouze prací, ale spolupodílí se také na plánování, co by bylo potřeba vyrábět, na jaké téma bude další výstava, atd.

Výrobky, které klienti vytvoří, se mohou prodávat na prodejní vánoční výstavě, kterou náš domov každoročně pořádá, dále jsme dvakrát do roka zváni spolu s dalšími poskytovateli sociálních služeb na prodejní trhy. Tyto trhy pořádá Krajský úřad před Vánocemi a Velikonocemi. Vybrané peníze slouží k nákupu dalšího materiálu na výrobky.

Tohoto kroužku se pravidelně účastní asi 12 klientů. Dále se na výrobcích podílí jedna klientka, která pracuje ve svém pokoji. Dvakrát do roka přicházejí děti z mateřské školy a pracují společně s našimi klienty, viz příloha č. 3. Tato činnost má velmi pozitivní vliv jak na klienty, kteří se na malé děti vždy těší, tak i na děti, které tak mají možnost setkat se s generací lidí, kteří, přestože nejsou zcela soběstační, dokáží vyrábět hezké věci a krásně vyprávět.

Klienti z tohoto kroužku se spolu dobře znají a často se spolu scházejí i mimo klub. V klubu společně oslavují své narozeniny a svátky. Dělá jim radost pohostit druhého.

Klub pohody - zde si mohou lidé spolu s ostatními povídat o denních událostech, denně zde mají k dispozici aktuální denní tisk a časopisy, viz příloha č. 4. Klientům, kteří již nejsou schopni sami číst, noviny předčítají aktivizační pracovníce. I v tomto klubu mohou klienti pracovat např. háčkovat, plést,...

Klienti, kteří navštěvují tento klub, mají obvykle již vyšší stupeň závislosti na pomoci druhé osoby. V tomto klubu je účast klientů velmi rozdílná. Velkou úlohu zde hraje jejich aktuální zdravotní stav. Tohoto kroužku se účastní až deset klientů.

Hudební kroužek – dvakrát v týdnu se klienti, kteří rádi zpívají, scházejí a nacvičují různé skladby. Zpěv doplňují tancem (pouze vsedě na židlích – pohyb rukou do rytmu, apod.). Se svým programem vystupují nejen v našem domově, ale také v mateřských školách, kde mají až neuvěřitelný úspěch.

Hudebního kroužku se pravidelně účastní asi deset klientů včetně jedné paní, která na této kroužek dochází z města, viz příloha č. 5.

Klub mlsných jazýčků – zde si mohou každé odpoledne klienti posedět u kávy, viz příloha č. 6. Mohou si zde zakoupit chlebičky, apod. Každou středu se zde pečou bramboráčky, které mají starší lidé velmi rádi. Pracovnice kavárničky chodí lidem pro nákupy do města a pomáhá jim s pořádáním oslav narozenin, apod.

Rehabilitace – rehabilitace sice nepatří mezi aktivizační kroužky, ale nemalou měrou se podílí na aktivizaci klientů. Klienti mohou docházet přímo do tělocvičny, která je vybavena cvičebními a rehabilitačními pomůckami, viz příloha č. 7, nebo rehabilitační sestra dochází za nimi přímo na pokoj. Různé činnosti se mohou vzájemně propojovat. Například v rámci rehabilitace dojde klient s pomocí rehabilitační sestry do kavárny, viz příloha č. 8, kde si může odpočinout a posedět s přáteli.

Je ale potřeba poukázat na skutečnost, že každému práce ve skupině nevyhovuje. Někteří klienti rádi zpívají, ale kroužek muzikoterapie nenavštěvují a raději si zpívají sami pro sebe na pokoji. Jiní klienti rádi dělají ruční práce, ale s aktivizačními pracovníci se pouze domluví, co a jak budou dělat, vezmou si potřebný materiál a pracují ve svém pokoji. Generace, která v současné době žije v domově pro seniory, neměla mnoho času na své koníčky a záliby. Dělat něco jenom tak pro radost některé klienty dostatečně nenaplnuje, tato činnost jim zkrátka nedává smysl. Ve svém domově dělali práci, která byla pro ně důležitá. V našem domově jsou klienti, kteří pomáhají sestrám při uklízení nádobí, či roznášce jídla. Tato práce je více uspokojuje.

To je třeba respektovat. Tyto klienty jsem zařadila do skupiny, kteří se volnočasových aktivit účastní. Jsem totiž přesvědčena, že aktivizační činnosti nejsou pouze ty činnosti, které jsou vedeny aktivizačními pracovníci. Mnohem větší význam mají činnosti, které si klient vynalézá sám. Na těchto lidech je naopak dle mého názoru vidět, že přístup pečovatelů je správný, protože nedochází k apatii a ztrátě autonomie.

Jak je z výše uvedených nabídek služeb patrné, není v našem domově jasně vymezen prostor pro práci s ležícími klienty a aktivizační pracovníci, docházejí na pokoje nepravidelně. Tato skutečnost zákonitě zkresluje výsledky mé práce.

3.4 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

Na začátku mé práce jsem se zabývala otázkou, co je vlastně problémové chování. Odpověď na tuto otázku není vůbec snadná. Jak jsem již psala, za problémové chování často považujeme chování, které je zcela přirozené.

Musíme si říci, kteří lidé do našeho domova přicházejí. Málokdy se stává, že by do domova nastoupili manželé. Tito lidé jsou již obvykle ovdovělí. Pokud nežijí se svými dětmi, žijí ve svém bytě sami. Ve svém bytě si vše mohou podřídít svým potřebám, nemusí se nikomu přizpůsobovat, nemusí být k nikomu tolerantní. Do domova pro seniory obvykle nastupují, až když potřebují pomoc druhé osoby. Představte si situaci, kdy jste byli dlouho sami a najednou jste na pokoji s úplně cizím člověkem, který má při vši smůle úplně jiné návyky než vy. Je celkem přirozené, že budete hájit své potřeby. V ideálním případě dojde k nějakému kompromisu, v horším případě se jeden klient přizpůsobí tomu druhému. Druhá varianta není zcela ideální, ale jelikož personál nemusí řešit hádky a neshody na pokoji, tuto situaci zkrátka neberou jako problémovou (otázkou je, jak tuto situaci prožívá klient, který se musel podřídít).

Problém, který musí personál řešit, je, když nedojde ani ke kompromisu a oba klienti nadále prosazují svá práva. Na jednu stranu by se to za problém nemělo vůbec považovat. Je dobré, když člověk není apatický. Někteří klienti však nechtějí přistoupit na určité skutečnosti, které jsou dány a které tedy změnit nelze. Například v současné době řeším zvláštní, nepříjemnou situaci, která je dle mého názoru zbytečná, ale nejsem schopna ji vyřešit ke všeobecné spokojenosti. Jak jsem již psala v našem domově máme pouze dvoulůžkové pokoje. Sociální zařízení je vždy pro dva pokoje společné, takže slouží pro čtyři klienty. Na jednom pokoji je ubytována klientka, která má druhý stupeň demence, ale jelikož je na tento pokoj zvyklá, nečiní jí pobyt na tomto oddělení žádné potíže. Tato klientka však na toaletě není schopna rozlišit svůj toaletní papír od toaletního papíru někoho jiného. Klientka z vedlejšího pokoje podala na tuto ženu stížnost a chtěla, abych jí vysvětlila, že nemá používat její toaletní papír. Jak ale vysvětlit člověku s demencí, že má používat pouze svůj toaletní papír?

Rozhodla jsem se proto promluvit s klientkou, která si stěžovala. Vysvětlila jsem jí, že paní z vedlejšího pokoje papír nebere úmyslně. Chtěla jsem se s ní domluvit, že by si mohla dávat svůj toaletní papír na skříňku, odkud by si asi tato paní papír nevzala (předpokládám, že by si papír brala z místa, na které je zvyklá). Na tuto variantu klientka nepřistoupila. Trvala na svém, že paní z vedlejšího pokoje má přestat brát její toaletní papír. Odmítla svůj toaletní papír dávat na jiné místo. Také trvala na tom, že když paní nepřestane brát její toaletní papír, máme ji přestěhovat na jiný pokoj. Nechtěla pochopit, že přestěhování na jiný pokoj by pro tuto klientku znamenalo zhoršení

orientace v prostoru. Takové chování shledávám jako problémové, jelikož jsem klientce srozumitelně vysvětlila, jak se dané onemocnění projevuje, a že to paní nedělá vůbec schválně. Klientka, která stížnost podávala, je totiž schopná danou situaci pochopit.

Pokud je klient neustále nespokojen, přestože se mu snaží personál vyjít vstříc, budu toto chování pokládat za problémové také. Například jedna klientka si stěžuje, že jsou často podávány mléčné výrobky a ona je nemá ráda. Požádali jsme kuchařky, zda by této klientce mohli dát nějakou náhradní stravu. Nyní si klientka stěžuje, že sice skutečně nedostává jogurty ani sýry, ale má stále marmeládu, paštiku, salám nebo pomazánky. V tomto případě si myslím, že se personál snažil vyhovět potřebám klientky a ta i přes tuto snahu vyhledává problémy další. Je přitom pravda, že v domácím prostředí by si vzala k jídlu, na co by měla chuť. Na každém pokoji je ale umístěna lednička a klientka má tedy možnost i jiné volby stravy.

Neznám žádné zařízení, kde by měli takové možnosti, aby mohli připravit každému klientovi, na co má právě chuť.

Dále bych zhodnotila výsledky ze studia dokumentace. V domově pro seniory je celkem šedesát tři klientů. Podle dokumentace se aktivizačních činností účastní třicet čtyři klientů a u osmi z nich se vyskytuje nějaké problémové chování. Klientů, kteří se žádných aktivit neúčastní, je celkem dvacet devět a problémové chování se vyskytuje u devíti (viz graf č. 2).

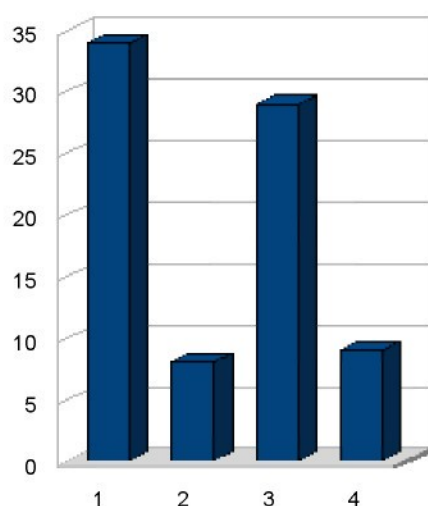
Graf č. 2 – Přehled aktivních a neaktivních klientů a jejich problémové chování

Sloupek č. 1 – klienti, kteří se účastní volnočasových aktivit a neobjevuje se u nich problémové chování.

Sloupek č. 2 – klienti, kteří se účastní volnočasových aktivit a mají známky problémového chování.

Sloupek č. 3 – klienti, kteří se neúčastní volnočasových aktivit a neobjevuje se u nich problémové chování.

Sloupek č. 4 – klienti, kteří se neúčastní volnočasových aktivit a mají známky problémového chování.



Pro lepší přehled budu nazývat skupinu klientů, kteří se účastní volnočasových aktivit jako skupinu č. 1 a skupinu klientů, kteří se volnočasových aktivit neúčastní jako skupinu č. 2.

Jak jsem již popsala v kapitole 3.2 Použité metody, musela jsem při využívání informací ze studia dokumentace použít i vlastní pozorování. V dokumentaci, kde se zapisuje, kteří klienti se účastní různých aktivit (především se jednalo o rozhovory a reminiscenci), byli zapsáni i klienti, u kterých se tyto činnosti provádějí jen velmi málo. Pokud se aktivizační činnosti neprovádějí s klienty pravidelně, nemohou mít žádný vliv na chování a prožívání.

Z tohoto důvodu jsem byla nucena zařadit klienty, u kterých se provádějí aktivity nepravidelně, do skupiny č. 2.

Pozorováním jsem dále zjistila, že ve skupině č. 2 jsou klienti, kteří by o rozhovory, čtení z knih, poslech hudby a jiné aktivity adekvátní jejich zdravotnímu stavu měli zájem, ale bohužel to

nedokáží sami říci a aktivizační pracovníce za nimi nedocházejí, přestože o jejich potřebách vědí. Na tento problém jsem upozorňovala, ale bohužel zcela bezúspěšně. Bohužel u těchto klientů, kterým nejsou poskytovány tyto služby, přestože o ně mají zájem, se nežádoucí chování vyskytuje. Je to celkem logické, protože u nich nedochází k uspokojování jejich základních potřeb, jako je například kontakt s druhými lidmi, povídání si o běžných věcech, vzpomínání na prožitý život, apod. Tyto potřeby má většina lidí.

Dále z mého pozorování vyplynulo, že většina klientů, kteří se účastní volnočasových aktivit, jsou prakticky soběstační a zájmovou činnost si dokáží nalézt i mimo kroužek. V našem domově je stále více podporována taková aktivita, která je „vidět“ a která domov dobře reprezentuje. Výrobky, které naši klienti vyrábějí, jsou skutečně velmi pěkné a reprezentativní (sama si od klientů některé výrobky kupuji na výzdobu svého bytu), ale tato činnost je vyvíjena na úkor klientů, kteří jsou již ležící. Právě tito klienti by měli být středem zájmu aktivizačních pracovníků. Jak jsem se již zmínila, filozofie našeho domova je ale poněkud odlišná a tak pracovníce klubovny, ve které se vyrábějí reprezentativní výrobky, nemusí jezdit jako doprovod s klienty k lékaři.

Na grafu č. 3 je znázorněn počet klientů, kteří jsou relativně soběstační. To znamená, že se dokáží pohybovat sami bez pomoci druhé osoby, dokáží sdělit svá přání a požadavky nebo si najít sami nějakou činnost (například čtení novin, apod.). Těchto klientů je dvacet šest.

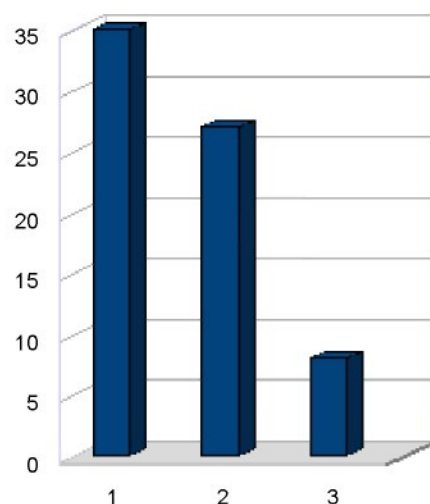
Druhá skupina označuje klienty, kteří se pravidelně našich aktivit účastní, ale sami si o tyto aktivity neumí říci nebo se sami nedokáží do navštěvovaného kroužku dopravit. Těchto klientů je osm.

Graf č. 3 – přehled soběstačných a méně soběstačných klientů, kteří se účastní volnočasových aktivit.

Sloupek č. 1 – klienti, kteří se účastní volnočasových aktivit.

Sloupek č. 2. - klienti, kteří jsou relativně soběstační.

Sloupek č. 3 – klienti, kteří již soběstační nejsou.



Z grafu č. 3 jasně vyplývá, že každý klient v domově nemá stejnou příležitost navštěvovat volnočasové aktivity.

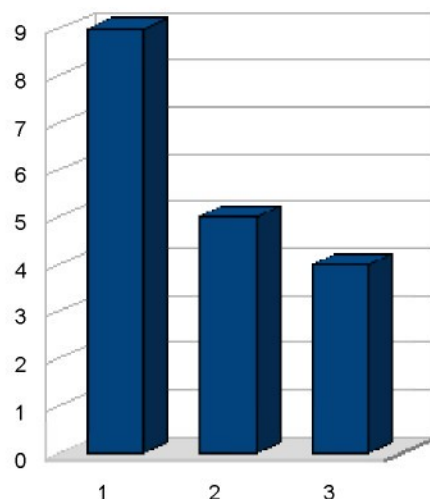
V grafu č. 4 je znázorněn celkový počet klientů, kteří se volnočasových aktivit neúčastní a projevuje se u nich problémové chování. Tato skupina je dále rozdělena do dvou skupin podle toho, zda se těchto aktivit neúčastní z vlastní vůle, nebo jim nebyly nabídnuty.

Graf č. 4 – Problémové chování u klientů, kteří se neúčastní volnočasových aktivit

Sloupek č. 1- Celkový počet klientů, kteří se aktivit neúčastní a projevuje se u nich problémové chování

Sloupek č. 2 - Klienti, kteří se skutečně nechtějí aktivit účastnit

Sloupek č. 3 - Klienti, kterým nejsou aktivity nabízeny pravidelně



3.4.1 ZHODNOCENÍ PŘEDPOKLADŮ

Předpoklad č. 1

Lze předpokládat, že vhodnou volnočasovou aktivitou lze snížit výskyt problémového chování u klientů žijících v domovech pro seniory.

Pozorováním a studiem dokumentace bylo zjištěno, že pro prevenci problémového chování je velmi důležité, aby měl klient možnost trávit svůj volný čas tak, jak byl zvyklý. To znamená, že pokud někdo rád pracoval, nebo pomáhal, měl by mít možnost vyplnit svůj volný čas smysluplnými aktivitami i v domově pro seniory. Pokud klient rád odpočíval a nezajímal se o své okolí, neměl by být do aktivit pořádaných v domově pro seniory nucen nebo přemlouván.

Předpoklad č. 1 byl splněn.

Předpoklad č. 2

Lze předpokládat, že čím více aktivit, které jsou přirozené i v domácím prostředí, budou domovy nabízet, tím více se jich budou staří lidé účastnit.

Jak jsem již dříve uvedla, jsou v našem domově klienti, kteří se volnočasových aktivit neúčastní, přestože byli vždy zvyklí něco dělat. Potřebují vykonávat práci, která jim dává smysl (nebyli zvyklí dělat něco „jen tak pro radost“).

Vzhledem k tomu, že domovy pro seniory obvykle nenabízejí činnosti, jako je například mytí nádobí, žehlení prádla, práce na zahrádce, apod., nemají tito lidé možnost vybrat si vhodné aktivity. Jelikož ale mají potřebu vyplnit svůj volný čas vhodným způsobem, vyhledávají si činnosti sami. Někdo pomáhá sestrám například s rozvozem jídla, někdo se zase spřátelí s klientem, který je méně soběstačný a v rámci svých možností mu pomáhá (doveze ho na invalidním vozíku na rehabilitaci, na kávu do kavárny, donese mu nákup, apod.)

Je velká škoda, že byla zrušena pracovní místa, která dříve mohli zastávat klienti domova pro seniory. Dříve mohli například mýt nádobí, rozvážet prádlo z prádelny, apod. Za tuto práci dostávali malou finanční odměnu. Poté, co bylo zakázáno, aby tyto činnosti zastávali klienti domova pro seniory, zůstalo v tomto ohledu prázdné místo, které se jinými aktivitami jen těžko zaplňuje.

Předpoklad č. 2 byl splněn.

Předpoklad č. 3

Lze předpokládat, že vhodným přístupem a motivací lze klienty, kteří se nechtějí účastnit volnočasových aktivit, zapojit do činností, které domov nabízí, viz kapitola 3.3.1 Aktivizační činnosti.

Při nástupu klientů do domova pro seniory jsou klientům nabízeny různé volnočasové aktivity. Obvykle je odmítají s tím, že by je to jistě nebavilo, nebo že nejsou dost zruční apod.

Je to ale především proto, že neznají nové prostředí, personál a ostatní klienty. Mají pocit, že stávající klienti je mezi sebe nepřijmou.

Poté, co se zadaptují na nové prostředí, a seznámí s aktivizačními pracovníci a klienty, se situace mnohdy změní. Je proto potřeba dát každému dostatek času, aby se v novém prostředí zorientoval a seznámil se všemi možnostmi, jak trávit volný čas.

Předpoklad č. 3 byl splněn.

Předpoklad č. 4

Lze předpokládat, že velkou úlohu při prevenci problémového chování má kontakt s dalšími lidmi.

Většina lidí potřebuje pocit uznání a sounáležitosti. Pokud je někdo vyčleněn z kolektivu, nemůže být tato potřeba uspokojována. Tato skutečnost může vyvolat problémové chování. Naplnění tohoto předpokladu můžeme lépe pozorovat na příkladu v mé práci, kdy klientka, která byla připoutaná na lůžko, stále zvonila na sestry, přestože neměla žádný požadavek. Na sestry klientka zvonila, protože potřebovala kontakt s lidmi.

Předpoklad č. 4 byl splněn.

4 ZÁVĚR

Jak bylo mým studiem dokumentace a pozorováním zjištěno, nejsou v našem domově stále ještě aktivity dostatečně využívány.

Náš domov začal s volnočasovými aktivitami asi před třinácti lety. V té době tyto činnosti nebyly zcela běžné a náš domov sklízel mnohé pochvaly. Pracovníci dalších domovů pro seniory jezdili do našeho domova sbírat potřebné informace a inspirace. Náš domov byl zkrátka dokonalý (alespoň si to mysleli lidé, kteří se volnočasovým aktivitám věnovali). Bohužel si to mnozí myslí dodnes. Začátek této práce byl skutečně průlomový a pracovnice, které s touto činností začínaly, aniž by měly s podobnou prací nějakou zkušenost, odvedly výbornou práci. Bohužel se po prvních úspěších zaměřily především na činnosti, které jsou velmi dobře vidět a perfektně náš domov reprezentují. To považuji za velkou chybu. Prezentace domova je jistě důležitá, ale nemělo by se zapomínat na podstatu ergoterapie. V ergoterapii by měla být na prvním místě spokojenost klientů a prezentace práce by měla být až druhotná.

Pokud jde o předpoklady uvedené na začátku mé práce, lze říci, že se skutečně potvrdily. Ve skupině č. 1 i ve skupině č. 2 je určitý počet klientů s problémovým chováním. Ve skupině č. 2 je počet klientů s problémovým chováním vyšší pouze z důvodů, že všichni nemají možnost vhodným způsobem vyplnit svůj volný čas. Pokud by se těmto klientům aktivizační pracovnice adekvátně věnovaly, jistě by se v této skupině výskyt problémového chování snížil.

Dalo by se říci, že problémové chování se vždy vyskytovalo, vyskytuje a vyskytovat se i bude. V každé skupině lidí (ve škole, v zaměstnání, apod.) se vyskytují jedinci, kteří se nedokáží nebo nechtějí shodnout s druhými lidmi. Pokud konfliktní chování nepřekročí určitou hranici, lze ho pokládat za přirozenou součást života. Ani v domovech pro seniory nebudeme moci problémové chování zcela vymýtit. V čem ale spočívá pomoc aktivizačních činností při prevenci problémového chování?

V obou skupinách je zhruba stejný počet klientů s problémovým chováním. Důležité tedy je nechat klientům možnost volby. Pokud bychom klienty ze skupiny č. 2 nutili do volnočasových aktivit, přestože o ně nemají zájem, mohlo by to způsobit nárůst konfliktů. Naopak pokud bychom lidem, kteří mají potřebu být v kolektivu a dělat něco pro radost, tuto možnost vzali, i u nich by docházelo k častějšímu výskytu nežádoucího chování.

Myslím si, že by měl mít každý klient možnost volby, zda se bude volnočasových aktivit účastnit, nebo se jich účastnit nebude. Důležité je, aby měl každý klient stejně rovný přístup k těmto činnostem.

5 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Navrhovaná opatření přímo vycházejí ze závěru mé práce. Je potřeba změnit dosavadní systém aktivizačních činností. Je nutné začít se více věnovat klientům, kteří jsou již upoutaní na lůžko, klientům, kteří nedovedou formulovat svá přání a potřeby.

Aktivizační pracovníce by měly mít jasně vymezený čas, který by měly těmto klientům věnovat. To by jistě zajistilo, že by se volnočasové aktivity dostaly i k těmto klientům. Pokud se žádný čas pro ně nevymezí, mám obavu, že se nic nezmění a nikdo za nimi docházet nebude. Práce s těmito klienty je totiž mnohem náročnější, vyčerpávající a obvykle zde chybí zpětná vazba.

Dalším opatřením by mělo být jasné vymezení práce aktivizačních pracovníků, kteří by neměli v žádném případě suplovat chybějící pracovníky přímé obslužné péče.

Dále se domnívám, že je velmi podceňováno vzdělávání v této oblasti. Aktivizační pracovníce byly, pokud vím, pouze na jednom školení, kde se učily plést košíky nebo vyrábět papír. To je jistě důležité, ale nedostatečné. Školení by měla být pravidelná a zaměřená především na psychologii. Dále by se měly učit, jak pracovat například s nekomunikujícími klienty, s klienty po cévních mozkových příhodách, apod.

Jsem přesvědčena, že by práce s ležícími klienty měla být lépe finančně ohodnocena (například formou odměn).

V našem domově se v současné době začíná s prací tzv. klíčových pracovníků. To by mohlo být prospěšné právě při práci s klienty upoutanými na lůžko. Každý klíčový pracovník bude mít své klienty, kterým bude pomáhat s naplňováním jejich cílů. Nemělo by se tedy v budoucnu stát, že by některému klientovi nebyly nabízeny určité služby. Klíčový pracovník bude znát přání a potřeby svých klientů. Vypracuje plán, jak naplnit tyto cíle. Vedoucí pracovník by pak měl určit, kdo ze zaměstnanců se bude na naplňování cílů klienta podílet. Mohou to být sociální pracovníce, rehabilitační sestra, pracovníci přímé péče, ale i aktivizační pracovníce. Pokud budou mít přidělenou konkrétní činnost u konkrétního klienta, budou snad k této aktivitě přistupovat zodpovědněji.

Bohužel, pomoc od klíčových pracovníků je velmi nejistá. Pracovníků přímé obslužné péče je stále nedostatek. Práce, kterou vykonávají, je velmi fyzicky i psychicky náročná. Práce s klienty na jejich individuálních plánech je opět práce navíc. Špatné ohodnocení jejich náročné práce, neustálé přesčasy a přidělování dalších činností má za následek, že kvalitní pracovníci ze sociálních služeb odcházejí na lépe placená a méně psychicky náročná místa. Pokud práce se starými lidmi nezíská

opět prestiž a uznání, nemůžeme očekávat, že by se individuální plánování provádělo tak, jak bylo původně zamýšleno.

6 SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

BÁRTLOVÁ, S., HNILICIVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu: zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. ISBN 80-7013-311-2.

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., VÁNKOVÁ, H. *Rezidenční péče*. 2008, č. 1, s. 18. ISSN 1801-8718.

HRABĚTOVÁ, E., KALVACH, Z. *Senior a já*. Společnost přátelská všem generacím: 2005. ISSN – neuvedeno.

JANEČKOVÁ, H. *Zpravodaj*. 2003, č. 3, s. 19. ISSN – neuvedeno.

KUSÁ, M., *Stáří*. [citováno 19.12.1007].

<<http://zis.naskok.cz/index.php/studijni-materialy/psychologie/stari>>

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2006, ISBN 80-247-1284-9.

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portal, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portal, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MÁLKOVÁ, J. *Sestra*. 2004, č. 7-8, ISSN 1210-0404.

NOVOSAD, L. *Základy teorie a metod sociální práce II. díl*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2004. ISBN 80-7083-890-6.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vyd. Praha: Portal, 1998, ISBN 80-7178.184-3.

SSMH: *Sociálně aktivizační služby pro seniory a občany se zdravotním postižením*. [citováno 12.08.2008] <<http://www.ssmh.cz/?menu=14&submenu=2>>

ŠVESTKOVÁ, O., *Co je rehabilitace*. [citováno 12.08.2008]

<<http://www.e.rehabilitace.com/co-je-rehabilitace/>>

ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie III. Díl: Vývojová psychologie*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2002, ISBN 80-7083-571-1.

ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie 1. díl*. 2. vyd. Liberec: TUL, 2005. ISBN 80-7083-960-0.

TOPINKOVÁ, E. *Moje zdraví*. 2005, č.11, ISSN 1214-3871.

VUČKOVÁ, J. *Ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1994. ISBN 80-7168-151-2.

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	klub šikovných rukou	1
Příloha č. 2	výstava výrobků klientů	1
Příloha č. 3	návštěva dětí z MŠ	2
Příloha č. 4	klub pohody	2
Příloha č. 5	hudební kroužek	3
Příloha č. 6	kavárna	3
Příloha č. 7	tělocvična	4
Příloha č. 8	rehabilitace chůze	4

