

Vliv fyzického omezení na vnímání schopností seniorů

Bc. Martina Pacáková

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jmeno a příjmení: **Bc. Martina Pacáková**
Osobní číslo: **H11380**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Vliv fyzického omezení na vnímání schopností seniorů**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v dané oblasti.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu, kazuistiky a jejich následná analýza.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

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

PAULÍK, Karel. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2959-6.

ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portal, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

HUČÍK, Ján a Alena HUČÍKOVÁ. Kazuistika v sociálnej práci. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2009. ISBN 978-80-89271-66-5.

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Pavla Andrysová, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2012

Termín odevzdání diplomové práce:

26. dubna 2013

Ve Zlíně dne 14. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 29.3.2018



¹⁾ Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací

²⁾ Vysoká škola nezávisle zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Dizertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dní před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3.

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, utvořené nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu a výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odlišně-li autor takového díla udělil svolení bez výsného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybnějšího projevů jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li upraveno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Pohled na fyzické omezení seniorů se liší podle osoby, která jej vnímá. Přitom má zásadní dopad na jeho další život. Cílem práce je odhalit faktory vedoucí ke zhoršování celkového stavu seniora a k subjektivnímu pohledu na svoje schopnosti v oblasti rozvoje svého pohybu. Praktická část práce se zabývá výzkumem konkrétních aspektů, které mají vliv na utváření postojů všech zúčastněných v tomto procesu. Výsledné kazuistiky nabízí přehled všech ovlivňujících faktorů i subjektivní pohled na vnímání těchto procesů.

Klíčová slova:

senior s postižením, bio psycho fyzický model zdraví, motivace, komunikace, aktivizace

ABSTRACT

Personal perspective on the physical limitation of senior commonly varies, but it has serious impact on the senior's live. The aim of this study is to reveal the factors which lead to overall impaired state of the senior and his perception of his ability to improve his movement capabilities. The practical part engages in a research of concrete aspects which affect the creation of opinion of all involved individuals in this process. Finally the casuistries offer an overview of all affecting factors and subjective view of perception of this processes.

Keywords:

senior with disabilities, bio psycho physical model of health, motivation, communication, activation

Děkuji paní Mgr. Pavle Andrysové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, vstřícný přístup a podporu. Další poděkování patří všem účastníkům výzkumu, kteří byli ochotní podílet se na výzkumu a věnovat mi svůj čas.

Motto: „*Chceš-li zhojit tělo, musíš předně hojit duši.*“

Platón

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 PÉČE O SENIORY V ZAŘÍZENÍ DOMOV PRO SENIORY	13
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	13
1.2 SLUŽBY DOMOVA PRO SENIORY	16
1.2.1 Senior a postižení	18
1.3 AKTIVIZACE	19
1.3.1 Aktivizační pracovník a druhy aktivizace	20
2 CELOSTNÍ POHLED NA ČLOVĚKA	23
2.1 HOLISMUS	23
2.2 BIO PSYCHO SOCIÁLNÍ MODEL	24
2.3 FAKTORY BIO PSYCHO SOCIÁLNÍ PŮSOBÍCÍ PŘED VSTUPEM DO DOMOVA	25
2.3.1 Biologické faktory	25
2.3.2 Psychologické faktory	26
2.3.3 Sociální faktory	27
3 KOMUNIKACE V PROCESU HLEDÁNÍ ZDROJŮ	29
3.1 PROFESIONÁLNÍ KOMUNIKACE V SOCIÁLNÍ INTERAKCI	29
3.2 TECHNIKY KOMUNIKACE	30
4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PROCES ZMĚNY	33
4.1 VYMEZENÍ PROCESŮ VEDOUCÍCH KE ZMĚNĚ	33
4.2 DETERMINANTY NA STRANĚ SENIORA.....	36
4.3 DETERMINANTY NA STRANĚ PERSONÁLU.....	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	40
5 REALIZACE VÝZKUMU	41
5.1 CÍL VÝZKUMU	41
5.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	42
5.2.1 Dílčí výzkumné otázky.....	42
5.3 METODY VÝZKUMU.....	43
5.4 VSTUP DO TERÉNU.....	43
5.5 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU	44
5.5.1 Popis výzkumného vzorku	44
5.6 SBĚR DAT	45
5.7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT	46
5.8 KATEGORIE A JEJICH VYHODNOCENÍ.....	47
5.8.1 Spolupráce + motivace	48

5.8.2	Bio-psycho-sociální vlivy.....	49
5.8.3	Navrhované činnosti.....	51
5.8.4	Uplatnitelnost	52
6	INTERPRETACE DAT	54
7	VÝSTUPY Z KAZUISTIK A SHRNU TÍ.....	57
8	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	66
	SEZNAM OBRÁZKŮ	67
	SEZNAM TABULEK.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Jedinou spravedlností na tomto světě je, že zestárneme. Nestane se to ze dne na den, dopředu s tím, s přibývajícímí léty, počítáme. Téměř ze dne na den se ale setkáme s faktem, že již nejsme schopni se sami o sebe postarat. Pokud patříme mezi finančně zajištěné seniory, můžeme dožít v zařízeních, kde se o nás postará odborný personál.

Tématem mé práce je zmapovat, jak je pohlíženo na seniory s fyzickým postižením a jaký pohled mají v této situaci sami na sebe. Zajímá mě, co jejich názory a postoje k sobě samým doopravdy formuje. Při hledání nových možností v oblasti sebeobsluhy naráží personál často na bariéry, které brání v rozvoji klienta. K jejich včasnému rozpoznání může přispět personálu informace, že existují, a v jakých oblastech lidského života je mohou hledat. To může kladně ovlivnit následnou spolupráci a především úspěch klienta.

Rozpor mezi tím, jak vnímá senior sám sebe, jak je informován o úloze obsluhujícího personálu, a jakou má zkušenost s péčí o svoji osobu příbuznými, naráží na představy personálu. Na to, jak vnímá klientovy schopnosti, a co by nově příchozí podle něj měl nebo mohl. Objevit tyto aspekty a zjistit, který má největší vliv na vnímání seniorů je cílem mé práce.

V teoretické části se zabývám determinanty ovlivňujícími výchozí stav klienta při jeho přijetí do zařízení domov pro seniory. Text jsem rozdělila do čtyř částí. Stručně popisují poslání takového zařízení a možnosti, jenž oproti domácí péči, má vymezené zákonem. Úkolem druhé části je představit bio-psycho-sociální model zdraví, který se stal nosným při celostním pohledu na člověka v mnoha oborech souvisejících s péčí o člověka. Důležitou součástí při hledání nových zdrojů u osob s fyzickým postižením je komunikace. Tou se zabývám ve třetí části. Způsob vedení rozhovoru s klientem vyžaduje techniky, které by měly být součástí kompetencí všech pracovníků v pomáhajících profesích. Poslední kapitola je nejdůležitější. Seznamuje s procesy vedoucími k osamostatnění klienta v jeho sebeobsluze, a determinanty, které jej mohou významnou měrou ovlivnit. Při tvorbě textu jsem vycházela z dostupné literatury a platných zákonů, které se zabývají péčí o seniora a jejich specifických.

Praktická část se zabývá identifikací jednotlivých aspektů, majících vliv na vnímání fyzicky postižených seniorů. Zvolila jsem kvalitativní přístup, protože bylo nutné prozkoumat problém do hloubky.

Záměrem práce bylo představit problematiku hledání zdrojů k překonávání bariér u seniorů s fyzickým postižením v zařízení domov pro seniory. V případě, že jsou v interakci senior a ošetřující personál, kteří nejsou sjednoceni ve svých názorech, jedná se, v oblasti sebeobsluhy, o sled malých či větších vítězství na jedné či druhé straně. Vítězství to bývají dočasná a provázená mnoha emocemi.

Pokud jsme o výše uvedených faktech informováni, nemusí vše skončit rozčarováním na obou stranách. Harmonie v názorech na danou věc dosáhnout lze. Je třeba ovšem vědět JAK.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O SENIORY V ZAŘÍZENÍ DOMOV PRO SENIORY

„Domovy pro seniory jsou pobytovou službou s celoročním provozem určenou pro seniory se sníženou soběstačností a s potřebou pravidelné pomoci v komplexní péči. Služba je určena především pro osoby, které vzhledem ke své schopnosti postarat se o sebe nemohou dále setrvávat ve svém přirozeném sociálním prostředí.“ (Malíková, 2011, s. 45)

1.1 Vymezení základních pojmů

V mojí práci se zabývám fyzicky postiženými seniory, kteří se rozhodli své stáří dožít v zařízení domov pro seniory. Stali se tak uživateli jeho služeb a zároveň klienty, jež mají právo na zachování co nejlepšího zdraví za pomoci ošetřujícího personálu. Považuji za důležité, pro lepší orientaci, uvést nejprve odborné termíny dané problematiky.

STÁŘÍ:

Jak uvádí Malíková (2011, s. 15), stáří není choroba, je však propojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti. Ta se s přibývajícím věkem výrazně snižuje, a starý člověk tak nemůže své základní potřeby plně saturovat sám, což má za následek životní změnu v podobě závislosti na jiných lidech.

Stárnutí se dá také, podle Langmeiera (1998, s. 184), chápat jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince, a které v poslední fázi končí smrtí.

Kozáková (2006, s. 9) pojímá stáří jako obecné označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného příběhu života. Důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory jako jsou choroby, způsob života a jeho podmínky.

Stáří definuje Matoušek (2008a, s. 214) jako: „věkové období začínající v současné západní kultuře v 60-65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost.“

SENIOR

Různí autoři člení období stáří podle svých kritérií. Shodnou se však na tom, že pozdní dospělost nebo stáří začíná v 60-65 letech, což je hraniční věk, pro přijetí klienta do

zařízení domov pro seniory, kterém pracuji. Klienti, kteří jsou uživatelé naší služby, jsou staří v rozmezí 65-100 let. Dříve se dali takto staří lidé označit jedním slovem: důchodci. Vzhledem k reformám v důchodovém zabezpečení již takové slovo nevyhovuje. Lidé budou odcházet do penze ve věku vyšším, a proto je oslovení senior pro naše potřeby výstižnější. Zahrnuje totiž všechny výše uvedené pojmy pod jeden výraz.

Slovo **senior** (z lat. *senex, senis*, starý, druhý stupeň *senior*, starší) má více významů: dá se chápat jako opak slova mladý nebo jako starý člověk, člověk v letech.

Český statistický úřad k tomuto tématu dodává, že pojem senior není právní ani statistickou kategorií, ale kategorií spíše sociologickou, a že chronologický věk není jednotným kritériem pro zahrnutí osoby do kategorie „senior“. (ČSÚ, 2012)

FYZICKÉ (TĚLESNÉ) POSTIŽENÍ

Fyzické omezení je, podle klasifikace NANDA, která řadí ošetrovatelské problémy (diagnózy) podle jednotlivých potřeb člověka: „**Omezení samostatného, úmyslného pohybu těla nebo jedné či více končetin.**“ (Marečková, 2006, s. 98)

Objektivně jej pak dále vymezuje příznaky, jakými jsou: nestabilita vzpřímené polohy těla při každodenních činnostech, limitovaná schopnost vykonávat dovednosti ovlivněné hrubou a jemnou motorikou, nekoordinované pohyby, omezený rozsah pohybu, obtíže při otáčení se, změny chůze, pomalý pohyb nebo pohybem navozený třes. Subjektivně si klienti stěžují na bolest a nepohodlí při vykonávání pohybu (Marečková, 2006, s. 98).

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí ve své Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a znevýhodnění následující definici: postižení (disability) jako jakékoliv omezení nebo ztráta (vyplývající z vady) schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které se pro lidskou bytost považují za normální (Paulík, 2011, s. 62).

Vymezením pojmu zdravotního postižení obecně se zabývá také Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a říká k tomu, že zdravotním postižením je mj. tělesné nebo kombinované postižení, jehož dopadem je částečná nebo úplná závislost na pomoci jiné osoby. (ČESKO, 2006)

Postižení představuje podle Vágnerové (2004b, s. 52) určitý, relativně stabilní znak organismu. Člověk proto získává **roli postiženého** se všemi pozitivními i negativními znaky, které tato role v dané společnosti či v konkrétní sociální skupině má.

ZDRAVÍ

Jestliže má člověk fyzické postižení, je obvykle vnímán jako osoba nemocná. Pro opak nemoci, jako druhý protipól, se vžil pojem zdraví.

„Pojetí zdraví se radikálně mění. Oproti tomu, kdy na zpočátku 20. století zdraví chápalo jako „nepřítomnost nemoci“ se na počátku 21. století zdraví chápe v podstatně větší šíři jako stav, kdy je člověku „dobře“, a to jak po stránce tělesné, tak i duševní, ba i sociální.“ (Křivohlavý, 2009, s. 20)

Obecně vžitá definice zdraví WHO (1948) pak uvádí: zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.

Přáním být zdravý se zabývá Paulík (2011, s. 127). Podle něho může být v osobním životě hodnotou cílovou i nutnou podmínkou k dosažení dalších cílů, pokud uvažujeme o realizaci určitých cílů za předpokladu, že nám to zdravotní stav dovolí.

KLIENT/UŽIVATEL

Dříve běžné slovní spojení obyvatel domova důchodců bylo po roce 1989 postupně nahrazeno novou terminologií. Nejen v sociálních službách, které dnes mají podobu zákaznického prostředí, se používají výrazy klient a uživatel.

Klient či klientka je osoba, která využívá nějakých služeb, např. advokáta, lékaře, popř. služeb peněžního ústavu za úplatu. Klient je brán jako zákazník, a tak se Haškovcová (2010, s. 245) domýšlí, že možnou příčinou používání slova klient je snaha o jakési vyjádření úcty k dané sobě s náznakem záruky, že s ní budou všichni ošetřující jednat jako s rovnocenným partnerem.

Také Kopřivovi (1997, s. 11) se slovo klient jeví jako problematické. Podle něj se nehodí na ty, kdo služby pomáhajícího pracovníka nepřijímají dobrovolně. Uvádí, že v angloamerické literatuře z oboru sociální práce je používán termín uživatelé služeb, ale přiklání se, byť s přijetím určité nepřesnosti k výrazu klient.

Zákon o sociálních službách zavedl do praxe, možná ve snaze vyhovět trendům, nový pojem: uživatel. Ve slovníku nejčastěji užívaných slov ve veřejné správě se lze dočíst, že uživatel je ten, kdo veřejnou službu spotřebovává, ať už jednotlivec nebo skupina lidí. Potřeby uživatelů by měly být hlavním faktorem pro určování formy a obsahu služby. (Bezpečná péče, 2012)

Oba výrazy v této práci používám jako rovnocenné. Míním tím vždy osobu, která nemá rodinnou vazbu na osoby, jež o ni pečují, ale využívá jejich služeb.

1.2 Služby domova pro seniory

Mnoho seniorů žije ve svém domově až do vysokého věku. S ubývajícími schopnostmi nabývají na důležitosti různé sociální služby, které mohou začít využívat dle svého uvážení. Pokud se jejich zdravotní stav zhorší natolik, že setrávat ve vlastním domově pro ně může být diskomfortní, nabízí se možnost využít pobytové zařízení, které jim umožní důstojné stáří.

Patří mezi ně domovy důchodců (dnes domovy pro seniory), o kterých hovoří Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005b, s. 179) Ty představují klasickou formu institucionální péče o seniory. Nabízí trvalé ubytování, velké množství služeb v oblasti péče o domácnost i klienta a nejrůznější programy aktivit. Nedílnou součástí služeb je náročná ošetrovatelská a rehabilitační péče poskytovaná školenými odborníky.

Rozsah a formu pomoci definuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách takto: „Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé situace a posilovat jejich sociální začleňování“. (ČESKO, 2006)

Mezi základní činnosti při poskytování sociálních služeb patří:

- a) poskytnutí ubytování
- b) poskytnutí stravy
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- d) pomoc při osobní hygieně
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- f) sociálně terapeutické činnosti
- g) aktivizační činnosti
- h) pomoc i uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Posláním domova pro seniory je umožnit důstojné dožití v případě, že již pro něj není možné nebo bezpečné žít v domácím prostředí a je nucen učinit takové náročné rozhodnutí. Dvořáčková (2012, s. 8) poukazuje na obtíže spojené s přizpůsobením tamním podmínkám a možností ztráty intimity, adaptačního šokem a „syndromu poslední štace“. Domovy pro seniory jsou vyhrazeny pro péči osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, chronického duševního onemocnění či některého typu demence, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Péče o seniora s postižením znamená pro něj samotného i pro případné pečující příbuzné značnou zátěž, kterou mnohý senior vnímá negativně. Přesto není snadné, se pro pobyt v takovém zařízení rozhodnout. To, že člověk prožívá nesnesitelné útrapy, může v kombinaci se stářím znamenat dilema v rozhodování, uvádí Kuric (2000, s. 162). Mnozí senioři prožívají příchod do domova jako trauma, křivdu a nepochopení, i když taková změna může objektivně vést ke zlepšení jejich situace.

Klientům jsou služby poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu a směřují k podpoře nebo udržování jeho soběstačnosti. Malíková (2011, s. 33) to vidí tak, že úkolem poskytovaných služeb není provádět něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho, aby mohl alespoň některé činnosti realizovat sám a stal se tak méně závislým. Vítána je vlastní aktivita klienta. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny.

Hlavním cílem v péči o dlouhověkové jedince by se měla podle Pokorné (2010, s. 9) stát podpora schopnosti samostatně se o sebe postarat a udržet si stálý zájem a aktivitu. Je třeba respektovat autonomii seniora a přihlížet k aktuálnímu stavu. K tomu je třeba předávat přiměřené a pochopitelné informace, jež ve finále vedou ke zvýšení adherence a spolupráce klienta. Když se díváme na stáří jako na významný fenomén doprovázející moderní společnost, pak je významným a klíčovým aspektem sociální interakce a komunikace.

Domovy pro seniory poskytují klientovi společenství lidí, které je v souladu s jeho životní zkušeností. Tento fenomén vyskytující se u starých osob žijících osaměle ve

vlastním domově odhaluje Langmeier a Krejčířová (1998, s. 188). Pobyt mezi stejně starými klienty může narušit izolaci, které byli dosud vystaveni díky své nemoci, imobilitě, změněnému bydlišti. Rozdíl mezi reálnou samotou a životem mezi mnoha lidmi, kteří jim nerozumí, může vyvolávat apatii a zármutek

1.2.1 Senior a postižení

Už samotný fakt, že člověk zestárnul, je pro mnohé těžké přijmout. Dosažení integrity v pojetí vlastního života je důležitým úkolem stáří, ale jedná se o dlouhodobý proces, ovlivněný osobností jedince. Pokud se k tomu všemu přidá ještě fyzické postižení, stává se tento úkol o mnoho těžší. Zatímco v minulém století se věnovala maximální pozornost dítěti, v novém věku se pozornost světa obrací ke stále více stárnoucímu obyvatelstvu.

Nejenom, že je člověk starý, ale ještě je částečně nemohoucí a odkázaný na péči jiných a často cizích osob, které je vůbec neznají. Plaňava (2005 s. 75) k tomu poznamenává, že lidé, kteří se stanou obyvateli různých zařízení, mají za sebou dlouhý život v řadě životních rolí. Žili podle sebe, a jejich chování ovlivňovala znalost okolí. Role „obyvatele domova“ je jim neznámá a při vstupu do takového zařízení používají způsoby chování, na které byli zvyklí a které jim dosud přinášelo ocenění okolí, což v novém prostředí nemusí platit. S novou rolí se musí teprve sžít, a k tomu potřebují podporu personálu i blízkých.

Stárnutí populace je celosvětovým fenoménem. Proto mu věnují dlouhodobou a systematickou pozornost Organizace spojených národů, Evropská unie i Světová zdravotnická organizace. Haškovcová (2010, s. 19) použila k tomuto tématu termín inflace stáří. V dokumentu Zdravé stárnutí, jež je výslednou zprávou úspěšně dokončeného mezinárodního projektu Zdravé stárnutí, kde Českou republiku reprezentoval Státní zdravotní ústav, je věnována pozornost stálému nárůstu starších lidí tělesně postižených. Výzkumy a politické aktivity se věnují aktivní prevenci, protože tělesné postižení zhoršuje kvalitu života a zvyšuje riziko hospitalizace v nemocnici či léčebně. (SZÚ, 2008)

Není novým poznatkem, že všechno souvisí se vším. Čím zdravější bude populace, tím menší budou náklady na péči v období jejího stáří. Pro společnost bude jenom výhodné, když se na celou problematiku podívá takto komplexně a bude podporovat spolupráci všech odborníků souvisejících profesí. Na fakt, že není možné vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací upozorňují Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005b, s. 164). Podle nich by mělo docházet k průniku mezi oběma směry jak ve zdravotnických

zařízeních, tak v sociálních službách. Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb; proto je vhodné, aby oba typy služeb byly poskytovány souběžně. Z toho plyne, že sociální pracovník má pracovat v týmu se zdravotníky.

1.3 Aktivizace

„Podstatným příznakem života je aktivita organismu, která se v psychické rovině projevuje určitou úrovní vzrušení (excitace) a určitými znaky chování.“ (Nakonečný, 1997, s. 15)

Müller (2006, s. 36) nabízí pohled pedagogický, kde je tento termín spjat s činnostmi, u kterých je třeba vyšší úroveň iniciativy, samostatnosti, s vynaložením většího úsilí a efektivnějšího a energičtějšího postupu. V našem případě lze aktivitu chápat jako z nejvýznamnější nástroj k naplňování kvality života seniorů.

Podle Burnsideové (1971) je součástí komplexní péče psychoterapeutické péče v ústavních zařízeních vyvedení starších lidí ze zaměření na sebe a překonání pocitu osamění. (Langmeier a Krejčířová, 1998, s. 188). S tím souhlasí i Pokorná (2010, s. 9) a dodává, že: „hlavním cílem v péči o dlouhověkové jedince by se měla stát podpora schopností samostatně se o sebe postarat a zachovat si stálý zájem a aktivitu.“

Jiný názor mají Perlmutter a Hall tvrdí, že při ústavní péči dochází naopak ke ztrátě kompetencí, protože je díky nadměrné péči a pomoci např. v časové tísní, přestávají využívat. To vede k vypěstování závislosti a syndromu naučené bezmocnosti. (Vágnerová, 2000a, s. 498)

Oproti tomu mnozí z uživatelů a pečujících osob jsou přesvědčeni, že pod vedením odborníků v zařízeních se mohou postižení rozvíjet lépe než doma a tato péče vede k jejich osamostatnění, jak vyplývá z výzkumů provedených Asociací průvodců v problematice rizikového chování. (Bezpečná Péče,

Sebevětší snaha personálu nemusí vést k dobrému výsledku bez účasti seniora, který nabízenou pomocnou ruku nemusí vůbec uchopit. Proto je důležitou součástí při poskytování pomoci přesvědčit člověka, že **zodpovědnost za svůj** život nese sám. (Bakošová, 2008, s. 55).

O smysluplném naplnění volného času hovoří Kozáková (2006, s. 18). Za součást denního režimu považuje tělesný pohyb, posilování svalstva, trénink rozsahu pohybu v kloubech, nácvik orientace, trénink paměti, plánování činností, nácvik vizuálního prostorového vnímání a sociálně aktivizační komunikace.

Je obvyklé, že se pomáhající specialista, jak uvádí Musil (2004, s. 15), zaměřuje na kompenzaci nebo nápravu některé z parciálních bariér zvládnání života jedincem nebo skupinou. Obtíží, které nejsou primárním předmětem jeho odbornosti, si sice všímá, ale považuje je za vnější, nesouvisející s předmětem jeho specializace. Proto je neřeší, nebo je dokonce považuje za nepodstatné. Existuje předpoklad, že při jejich zvládnání požádá jiného odborníka

Vodítko jak přistupovat k seniorům při nástupu do zařízení nabízí Venglářová (2007, s. 17). V několika základních bodech shrnuje nejdůležitější okruhy, kterými by se měl pracovník vzít v úvahu. Patří mezi ně:

1. Dobrá příprava seniora na změny ve stáří, např. stěhování do zařízení pro seniory.
2. Seznámení klienta i rodiny s chodem daného zařízení.
3. Znalost rituálů, zvyků a přizpůsobení seniorovi.
4. Ponechání osobních věcí, umožnění kontaktu s lidmi a prostředím, na které je senior zvyklý.
5. Přístup k člověku s ohledem na zvyky před vstupem do sociálního zařízení.
6. Akceptace povahových rysů s vědomím, že změny ve stáří jsou limitovány.
7. Respektování přání klienta. Nabídka je možnost a zapojení se do každodenních aktivit je svobodná vůle klienta.

1.3.1 Aktivizační pracovník a druhy aktivizace

Úkolem aktivizačního pracovníka není jenom vytváření zábavy, ale i hledání skrytých možností v rozvoji klienta a směřování k činnostem, které nakonec vedou k jejich větší samostatnosti v sebeobsluze nebo schopnosti využívat dřívějších činností v co největším rozsahu.

Úlohu aktivizačního pracovníka v sociálních službách vymezuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách §116, jako základní nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, prodělení volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění osobní asistence. (ČESKO, 2006)

Tyto činnosti jsou obvykle nazývány souhrnně jako aktivizační terapie (activity therapy), jejichž cílem je, aby se klienti bez velkého úsilí cítili dobře při nějaké činnosti např. hraní na hudební nástroj, zpěv, výtvarná činnost, gymnastické cvičení, tanec (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2008b, s. 22).

Úkony sebeobsluhy se dají chápat jako zdroj témat k rozvoji soběstačnosti. Zároveň jsou to oblasti, ve kterých se dá plánovat. Dobrý aktivizační pracovník vyhledává v běžných denních úkonech činnosti, které klient nezvládá, a mohly by mu pomoci. Patří sem: příprava, podávání a porcování stravy, přijímání potravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna polohy, přemísťování předmětů denní obsluhy, chůze s oporou, oblékání, svlékání, dodržování léčebného režimu.

Součástí práce s klienty je, podle Venglářové (2007, s. 47) vhodná aktivizace. Je třeba volit programy vždy pro konkrétní skupinu klientů. Aktivita jsou dobrovolné, program utváříme spolu s klienty a jejich blízkými, kteří nám mohou poskytnout cenné informace o seniorových zálibách v minulosti.

Seznamuje s oblastmi vhodných aktivit:

- Kognitivní terapie (trénink paměti, orientace, nácvik základních dovedností)
- Tělesná cvičení ve skupině, individuální fyzioterapie, bazální simulace
- Skupinová terapie zaměřená na trénink paměti
- Zájmové činnosti, poslech hudby, výtvarné a ruční práce
- Pomoc při zlepšení prostředí domova či ústavu
- Reminiscenční terapie

Společné aktivity mají i vedlejší přínos. Klient zlepšuje určitou schopnost, na kterou je aktivita zaměřena, získává lepší vládu nad svým tělem či pamětí, čímž se zlepšuje jeho nálada. Mnoho aktivit je realizováno ve skupině, přitom se seznamuje s jinými klienty a vidí, že podobné problémy mají i další lidé. Tím také získává důvěru v pomoc personálu.

V současnosti je k dispozici celá řada různých aktivačních terapií, které bývají běžně používány jak v institucích, tak mimo ně. Jedná se nejen o známou ergoterapii, oblíbenou arteterapii či muzikoterapii, ale také o dramaterapii a zooterapii. (Haškovcová, 2010, s. 257)

Preterapii zmiňuje Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005b, s. 186, 187) v souvislosti s tím, že někdy personál věnuje málo pozornosti nekomunikujícím. Tato metoda umožňuje navázat kontakt a budovat vztah s lidmi, kteří obtížně komunikují nebo nemohou komunikovat vůbec. Východiskem preterapie je důsledné uplatňování přístupu orientovaného na člověka. Profesionálové jsou trénováni v trpělivé snaze navázat kontakt s těmito klienty reagováním na nejjemnější iniciativy. Posilují u klienta kontakt s realitou, se sebou samým a druhou osobou.

2 CELOSTNÍ POHLED NA ČLOVĚKA

Pohled na člověka nebyl vždy multidimenzionální. Vlivy, jež na něj působí od narození po stáří, se nedají snadno shrnout do jedné kategorie. Odborníci, kteří pracují s lidmi, lidé z pomáhajících profesí, se však na konkrétního klienta dívali vždy výhradně hledáčkem své profese. Toto úzké vnímání člověka si sebou neslo riziko, že některá pro něj důležitá část života zůstane opomenuta, a péče takto jednostranně vynaložená, přijde nazmar.

2.1 Holismus

„Tradiční biomedicínský model, tj. pohled na člověka převážně (případně jen) z hlediska biologického, se radikálně změnil. Na počátku 21. století je neudržitelný. Ukazuje se, že nejen biologická, ale psychická a sociální dimenze patří nedílně k pojetí člověka jako integrálního celku – jak to již po řadu let zdůrazňovala holistická medicína.“ (Křivohlavý, 2009, s. 20)

Myšlenku, že nestačí zkoumat pouze části osoby, ale je třeba se zabývat celkem, vyslovil již Aristoteles. Termín holismus poprvé použil jihoafrický generál Jan Christian Smuts, který jej vytvořil z řeckého slova *holos* (celek, celistvost, úplnost). Cakirpaloglu (2004, s. 11) k tomu doplňuje, že: „Holistické pojetí o lidské přirozenosti upřednostňuje postupy, které člověka vnímají celistvě, jako systém nebo součást širšího uspořádaného celku.“

Psychologie holismu ovlivnila mnoho vědních oborů. Zásadní dopad měla i na oblast péče o zdraví. Mastliaková (2007, s. 9) k tomu dodává, že holistická péče pomáhá lidem převzít zodpovědnost za vlastní zdraví, hledat alternativy, zdravý způsob života, sebeuspokojení a mobilizovat vnitřní hojivé síly. Mění způsob myšlení a nazírání na sebe. Pochopení a akceptování tohoto přístupu ošetřujícího personálu je cestou, jak lidem poskytovat kvalitní péči o zdraví.

Je zjevné, že každý člověk potřebuje komplexní přístup. Nejenom dítě, které se stalo v posledních desetiletích středem zájmu, a je mu věnována maximální péče, ale opravdu každý člověk, včetně seniora, si takovou péči a zájem zaslouží. Není možné, v duchu výše uvedeného, věnovat se pouze jednotlivcům, ale opravdu všem. Jedině tak může naše společnost být v souladu s uvedenými principy a dosáhnout jednoty v nazírání na jednotlivce jako na nedílnou součást celku.

2.2 Bio-psycho-sociální model

V souvislosti s fyzickým postižením seniorů je nutné si uvědomit, že nemoc nepostihuje výhradně tělesnou nebo psychickou stránku člověka. I když jsou tělesné symptomy nejvíce vidět, skrývá se za nimi, podle Danzera (2001, s. 13) onemocnění celé bio-psycho-sociální jednotky člověka. Z tohoto pohledu i nemoc, u které jsou viditelné pouze fyzické projevy, a u které je brán v úvahu pouze vliv bio-faktorů, obsahuje také onu psychosociální složku, která je však často opomíjena.

V roce 1977 představil George Engel, americký psychiatr, BPS model. Ten počítá s biologicky, psychologicky a sociologicky propojenými spektry, všemi jako systémy těla. Model doprovázel dramatický posun pozornosti od nemoci ke zdraví, a připustil, že psychosociální faktory (víra, názory, vztahy, stres) silně ovlivňují uzdravení. Engel výmluvně konstatoval: "Abychom poskytli základ pro pochopení určujících determinantů v nemoci a pro dosažení rozumné léčby a vzorců zdravotní péče, musí medicínský model zahrnovat pacienta, sociální kontext, ve kterém žije a komplementární systém navržený společností, aby se vyrovnala s rušivými efekty nemoci, to je role lékaře a systému zdravotnické péče. K tomu je třeba biopsychosociální model." (Lakhan, 2006)

Že je model platný, a našel si cestu i mezi odborníky u nás, dokazují Koukolík a Drtilová (2001, s. 40-41), kteří ve své rozsáhlé studii patologických jevů ve společnosti došli k závěru, že cokoli se stane s naší biologickou kvintesencí, se může manifestovat v našem duševním životě, a cokoli se stane s naším duševním životem, může být vyjádřeno v našem sociálním chování a prostředí.

Lidé si odpradáвна v procesu stárnutí všímali především psychických změn, jak uvádí Haškovcová (2010, s. 142), a snažili se jim nějakým způsobem zabránit, nebo jejich nástup oddálit a zpomalit. „Duše“ zůstala v pozadí, i když zájem o nejrůznější omlazovací kůry přetrvával. Možná i proto, že zvítězilo přesvědčení, že v mladém či omlazeném těle bude místo pro mladistvou duši.

Bio-psycho-sociální model zdraví hledá souvislosti tělesných změn v životním příběhu starého člověka. Klade důraz na psychosociální anamnézu v období stáří. Vliv mají prožitky seniora, které hluboce ovlivňují jeho sociální situaci. Ve stáří mají psychosociální souvislosti velký význam pro motivační schopnosti seniora, u kterého si přejeme dosáhnout zlepšení fyzického zdraví. Důležitou úlohu v utváření osobního vztahu a opravdového

osobního setkání mezi starým člověkem a profesionálem hraje umění zvládnout schopnost hovořit a naslouchat, správně se vyjadřovat, v pravou chvíli jen mlčet a naslouchat, vytvořit příjemné prostředí pro zjištění problémových situací a hledat vhodná řešení ve prospěch hodnot zdraví ve stáří. Prioritou je udržení funkčních tělesných schopností a rozvoj psychosociální schopnosti a dovednosti. (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 12)

„V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Vznikají problémy s navazováním nových přátelských i partnerských vztahů. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje.“ (Dvořáčková, 2012 s. 14)

K tomuto doplňují svůj pohled Koukolík a Drtilová (2001, s. 40-41), kteří říkají, že bio-psycho-sociální svět je souvislým světem, ve kterém se tyto tři „složky“ trvale vzájemně ovlivňují v pozitivních i negativních zpětných vazbách.

2.3 Faktory Bio psycho sociální působící před vstupem do domova

V průběhu života člověka na něj působí jako jeden celek řada aspektů, které ovlivňují vlastní průběh stárnutí. Podle Venglářové (2007, s. 11) rozhodují o celkovém zdravotním stavu i pohledu na sebe sama, a i když každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které přichází s vyšším věkem. Propojenost systémů v rovině tělesné, psychické i sociální; je zřejmá.

2.3.1 Biologické faktory

Proces stárnutí závisí na interakci dědičných předpokladů a důsledků různých vlivů prostředí, které se v organismu stárnoucího člověka postupně nahromadily. Příčinami individuálních rozdílů jsou genetické dispozice, jako základ primárního stárnutí. Dalším faktorem je DNA, která jako nosič genetické informace ovlivňuje proces stárnutí nejen v rámci svých standardních funkcí. (Vágnerová, 2007, s. 448)

Pacovský (1994) se zabývá vnějšími faktory, jako sekundární podmínkou stárnutí. Výsledný aktuální stav může být pak horší, než by se dalo na základě genetických předpokladů předpokládat. Vlivem způsobu prožívání minulých fází života, ovlivněných životním stylem, výživou nebo zatěžováním jednotlivých funkcí dochází k postupnému zhoršování tělesných funkcí. (Vágnerová, 2000, s. 448)

Jako typické projevy a rysy stárnutí uvádí Jarošová (2006) celkové snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie a změny reakcí organismu na určitou zátěž. Jmenuje mj. snížení elasticity orgánů a tkání, zhoršení funkce endokrinních žláz, změny distribuce tělesných tekutin, zmenšení postavy, změny na kůži. Časté jsou projevy poruch spánku a obtíže se sníženou kapacitou močového měchýře. (Malíková, 2011, s. 19-20)

2.3.2 Psychologické faktory

V odborném hledáčku se psychologické aspekty stáří ocitly prakticky až ve 20. století. Protože mezi fyzickými a psychickými změnami existuje souvislost, upozorňuje mnoho autorů na relativní autonomii psychických funkcí, uvádí Haškovcová (2010, s. 145).

Změny v psychice jsou vyvolávány, podle Nakonečného (1997, s. 359) několika činiteli, mezi které řadí zrání nervových struktur, stárnutí, choroby, přechodné psychofyzickými stavy, např. únava a zkušenosti.

V období stáří se mění i mnohé psychické funkce, jak uvádí Vágnerová (2000a, s. 451). Zabývá se změnami, které jsou podmíněny biologicky, nebo jako důsledek psychosociálních vlivů. Mezi biologicky podmíněné změny psychiky řadí změny, které jsou projevem stárnutí, což je v tomto období normální a změny, které vyvolal nějaký chorobný proces, nejsou důsledkem stárnutí a jejich rozlišení může být obtížné. K psychosociálně podmíněným změnám, jež vedou k postupnému poklesu funkčních rezerv, zhoršují adaptační procesy a mění úroveň inteligence, řadí faktor tzv. kohortové zkušenosti (působení obdobných sociálních vlivů), individuální životní styl a postoje společnosti.

Podle Jarošové (2006) klesá zájem seniora v různých oblastech jeho života a mění se pořadí jeho hodnot a potřeb, a orientuje se více na uspokojení potřeby lásky, sounáležitosti a duchovní potřeby. Snižuje se zájem o záliby, člověk bilancuje a posuzuje oblasti svého života s odstupem (Malíková, 2011, s. 21).

Jako důležitý psychologický aspekt vidí Haškovcová (2010, s. 147-148) pokles vitality, kdy dochází k postupnému zpomalení psychomotorického tempa, zhoršování zraku a sluchu. Seniorovi ztěžuje život také zapomnětlivost a jiné poruchy paměti, mezi které patří poruchy všípivosti a výbavnosti. Lidé po padesátce vykazují stereotypii úsudku, což se dá chápat na jedné straně jako zkušenost a na straně druhé jako způsob myšlení s nadbytečnou kategorizací a tendence k dogmatismu.

2.3.3 Sociální faktory

Celou řadu sociálních aspektů působících na seniora je možné začít tím základním - odchodem do důchodu, jak uvádí Malíková (2011, s. 22). Počíná tím proces omezení sociální interakce, generační osamělost, sociální izolace a strach z osamělosti. Z důvodu nemoci je možné se obávat fyzické závislosti a samotnému strachu ze stáří. Dalším faktorem může být změna životního stylu nebo stěhování.

K nezáviděníhodné situaci stárnoucích občanů přispívá i dnešní **technická civilizace** a **ekonomické vztahy**, ve kterých se, podle Kurice (2000, s. 161), stává starý člověk jakousi zbytečnou přítěží. Mizí tradiční domovy, dospělé děti chodí do práce, vnukové a vnučky do školy a prarodiče se v městských bytech cítí opuštění. Dospělé děti a jejich staří rodiče si přestávají rozumět. A tak se pro staré vyřizuje místo v domově důchodců, kde jim bude „lépe“.

Problematika „**být na obtíž**“ je naléhavá zejména v době nemoci nebo dlouhodobé nesoběstačnosti. Jsou však různé stupně onoho „být na obtíž“. Senior považuje nejen za náznak, ale i za důkaz své obtížnosti už to, že přijme pomoc v záležitosti, která by podle jeho názoru měla být jím samotným ještě zvládnutelná, jak uvádí Haškovcová (2010, s. 150).

Méně často se v literatuře zmiňuje fakt, že senior dokáže své situace využít a vyžaduje **nadměrnou péči**. Vágnerová (2000a, s. 459) poukazuje na tendence vynucovat si pozornost pomocí somatických stesků, jako běžnou obrannou reakcí starých lidí. Nebývá ale moc efektivní a takový člověk se stává obtížným. Vzniklá napjatá atmosféra sice posiluje soucit a pocit povinnosti, ale nebývá základem dobrých vztahů.

Mnoho rodinných příslušníků se nechá při péči o své seniory úplně vyčerpat. Někdy je tomu vede „opičí“ láska nebo výčitky svědomí. Častěji však s pocitem zodpovědnosti a vědomím, že jednou budou ve stejné situaci sami, dávají dobrý příklad svým dětem a svému okolí, jak doplňuje Říčan (2008, s. 258).

Jinou formou nadměrné péče související s nedostatkem času je **nadměrná kontrola**, která brání rozvoji autonomie, o čemž píše Kopřiva (1997, s. 18). Pracovníci i rodinní příslušníci se k ní uchylují v dobré víře, že jde o zájem klientů nebo starších příbuzných. Snadno ji použijí v časové tísní, neboť je v aktuální situaci nejrychlejším řešením a také bývá podporována hierarchickou strukturou pomáhající organizace.

Intenzivní a dlouho trvající reakci na **ovdovění**, která vyžaduje podporu ze strany okolí, uvádí Langmeier a Krejčířová (1998, s. 188), jako další možnou příčinu zátěže organismu, se kterou se není snadné vyrovnat. K této mimořádně náročné životní situaci se vyjadřuje i Haškovcová (2010, s. 154) a dotýká se i dalšího aspektu s tímto problémem souvisejícím. Je jím výrazný nepoměr v počtu vdov a vdovců. Upozorňuje i na fakt, že muži mohou mít obtíže s péčí o domácnost i svoji osobu, protože dříve tyto činnosti vykonávaly spíše ženy.

Jiný pohled na sociální vlivy nabízí Musil (2004, s. 16), který zmiňuje překážky ve zvládnání životní situace v napjatých sousedských a rodinných vztazích, špatných ekonomických poměrech, zastaralé zákony nebo příliš úsporný či rozmařilý systém sociální pomoci

Hranice mezi psychickým a sociálním vlivem či faktorem je velmi úzká. Oba spolu souvisejí natolik, že někdy není možné určit do které kategorie jej zařadit: Raussenbach v souvislosti s pomocí hovoří o psychosociálních rizicích modernizace. Mezi dimenze psychosociálních rizik řadí to, když lidé žijí v zatěžujících mezilidských poměrech, rizikových vztazích, když experimentují sami se sebou a riskují hraniční psychosociální zkušenosti bez uvědomění si následků. Dále sem řadí duševní krize, ztrátu orientace, uzavírání se do sebe, útěk k novým filosofím, existenčně podmíněné životní krize, sebezničující užívání drog, deprese, smutek, bolest, trýznivý pocit nepohody. Život a možnosti jeho přežití jsou samy od sebe odvážným snem, rizikem a projektem s otevřeným koncem. (Bakošová, s. 57)

3 KOMUNIKACE V PROCESU HLEDÁNÍ ZDROJŮ

Činnosti, při kterých je nutná spolupráce více osob, vyžadují komunikaci. Nejprve musíme zjistit, jaké aktivity by mohly být brány v úvahu. V případě navrhování činnosti ke spolupráci je třeba vše řádně vysvětlit. Také v průběhu činnosti, kdy je nutná její korekce, bez komunikace nevyjdeme.

3.1 Profesionální komunikace v sociální interakci

Základem pro dobrou komunikaci se seniory jsou, podle Klevetové (2008, s. 99), komunikační schopnosti. Profesionál by měl znát především sám sebe, své zvyklosti, svůj způsob jednání s lidmi, protože již při prvním setkání se formuje vztah s klientem.

Nakonečný (1997, s. 69-70) definuje funkci komunikace, která spočívá v předávání informací, resp. vzájemném dorozumívání se, jako podmínky sociálních interakcí. Podotýká, že i lidé hovořící stejným jazykem si nemusejí rozumět, protože tytéž pojmy mohou pro ně mít různé významy.

Vágnerová (2004b, s. 79) popisuje sociální interakci jako procesy externalizace, objektivizace a internalizace, které v konečném důsledku umožní při vzájemném působení objektivizovat zainteresované strany.

K tomu, aby takový proces fungoval správně, je třeba emoční inteligence. Ta patří k práci všech pracovníků nejen v přímé péči, ale ve všech pomáhajících profesích a k profesionalitě jejich práce. Malíková (2011, s. 290) zmiňuje i podmínku spolupráce sester a dalších pracovníků, kteří musí rozumět svým emocím a měli by je umět ovládat a ne potlačovat. K dalším dovednostem související s emoční inteligencí, kterou pracovníci běžně v praxi používají, patří rozumět emocím klientů.

Sociální práce se starými lidmi musí být prováděna kvalitně i v případě, že klient má závažný problém s komunikací v důsledku svého zdravotního stavu, uvádí Matoušek, Kolářková a Kodymová (2005b, s. 164) a vyzdvihuje tyto dovednosti jako potřebné k navázání kontaktu a k rozpoznání požadavků těchto lidí.

Tato dovednost by se dala vyjádřit i termínem „komunikační kompetence“, který se zamlouvá i Wahlstromové. „Jde o schopnost utvářet a předávat sdělení tak, aby je adresát přijal v souladu se záměrem sdělovatele.“ (in Plaňava, 2005, s. 74)

3.2 Techniky komunikace

Základem práce v pomáhajících profesích je slovo. To, jak s ním umí jakýkoliv odborník v této profesi zacházet je velmi důležité. V interakci dvou osob pak, kromě toku řeči, hraje roli i způsob provedení takové konverzace. Kopřiva (1997, s. 108) považuje za důležité optimální nastavení pozornosti pomáhajícího při rozhovoru. Má být jiné, než při racionální analýze nějakého problému. Pomáhající nezkoumá a nevyhodnocuje s nastraženými smysly po různých projevech druhého člověka, ale je tu pro něj.

Velkým zdrojem údajů o klientovi pro personál z řad pomáhajících profesí je pozorování. Lze jím do jisté míry nahradit osobní vztah, a dokonce může být i přesnějším zdrojem sdělení než vyčtená informace. Pozorujeme všichni, k tomu člověk nemusí být školený odborník, záleží jen na jeho vnímavosti a citlivosti.

Laickému **pozorování** se vyjadřuje i Říčan (2008, s. 257). Poukazuje na možnosti laika, který se o psychologii vážně zajímá. Srovnává jej s odborným psychologem a vidí síly značně vyrovnané, dokonce nalézá oproti nim i jisté výhody. Laické a odborné poznání se mohou vzájemně doplňovat. Vyzdvihuje především:

Faktor času: Protože práce s klientem u psychologa trvá jen několik málo hodin, dle jednotlivých sezení. Laik se oproti tomu s jedincem obvykle stýká intenzivněji a může tak vnímat kolísání stavu zkoumané osoby a nasbírat o ní mnohem více poznatků.

Faktor situace a prostředí: Psycholog má k dispozici ordinaci, která poskytuje standardní prostředí a zkušenost se stovkami klientů. Může tedy srovnávat. Laikovo pozorování je „barevnější“. Díky rozmanitým situacím získává ucelenější pohled na jednání pozorovaného a vidí jeho rozmanité reakce. Má větší šanci poznat člověka v jeho přirozeném, domácím prostředí.

Faktor vztahu: Psycholog není, alespoň zpočátku, ovlivněn vztahem ke zkoumané osobě. Udržuje si odstup a vidí klientem popisované situace z jiné perspektivy. Osobní vztah může být nebezpečný v tom, že bude výsledný pohled zkreslený a neobjektivní. V případě harmonického vztahu laika k druhému člověku se však dostává do popředí možnost využití slabých i silných stránek jedince mnohem efektivněji, než to může v rámci ordinace udělat odborník.

Důležitým nástrojem sociálního pracovníka v individuální práci s klientem seniorem je podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2005b, s. 170) **rozhovor**. Je prostředkem získání velkého množství informací o klientovi, jeho minulých rolích, zaměstnání, zájmech, sociálních podmínkách, a historických souvislostech, v nichž žil. Jeho prostřednictvím poznáváme jeho vnímání rodinných vztahů, identifikujeme klíčové osoby v rodinných schématech a v nejbližším okolí i v celé komunitě, odhadujeme možnosti, jak se postará sám o sebe a zjišťujeme očekávání vztahující se ke konkrétním rodinným příslušníkům.

Klevetová (2008, s. 110) nabízí následující doporučení při **vedení rozhovoru**:

- Naslouchejte tomu, co druhý skutečně říká.
- Mluvte o sobě. Snažím se Vás pochopit, Slyším Vás. Cítím s Vámi. Rozumím Vám, říkáte, že...
- Nehodnoťte, nekritizujte, nehádejte se a nekárejte.
- Uvědomte si, že nemocný člověk se zlobí na nemoc, ne na Vás.
- Nabídněte možné řešení, zadržte impulzivní reakci.
- Naučte se bez agrese vyjádřit své kladné i záporní pocity.
- Naučte se rozumět svým postojům a myšlenkám.
- Zodpovězte si sami pro sebe:
 - o Jak reagujete na zátěž?
 - o Co vnášíte do vzájemných vztahů?
 - o Jaké zkušenosti máte s lidmi?
 - o Jaké chování druhých rádi přijímáte?
 - o Jste sami schopni se stejným způsobem chovat?

Naslouchání životnímu příběhu, považuje za nedílnou součást rozhovoru Klevetová (2008, s. 112). Senior očekává především náš zájem a pozornost jeho steskům. Potřebuje sdělit, co ho trápí, ulevit si nahlas, uvolnit tak energii, která vznikla neuspokojením jeho potřeb. Touží mít potvrzeno, že pro někoho druhého něco znamená, že druhý člověk uznává jeho vlastní pojetí konkrétní situace.

Naslouchání neznamena podle Kopřivy (1997, s. 94) pouze pohodlné pasivní mlčení, ale velmi aktivní proces. Vzácně se setkáváme s někým, kdo nám delší dobu naslouchá a snaží se vnímat, co sdělujeme. Je naprosto běžné, že druzí lidé si naše výroky ihned zařazují do svých schémat, překládají si je do vlastní řeči a připisují výrokům vlastní významy.

Plaňava (2005, s. 125 a 136) poznamenává, že ke kvalitní, vztahy posilující komunikaci, patří umění vyladit se na shodný komunikační styl a považuje za dobré jej rozvíjet o konvenční, konverzační, operativní, vyjednávací i osobní, neboť každá situace vyžaduje své. Je třeba se předem domluvit, v jakém duchu se hovor povede. Zda se jedná o výměnu názoru, obyčejné povídání nebo potřebu něco vyřešit.

Samotné technicky dokonalé provedení rozhovoru není ještě zárukou kvalitní konverzace. Důležitou součástí takové konverzace, podle Plaňavy (2005, s. 81), by měl být smysl pro humor, který umožňuje nadhled, odlehčuje situaci a pomáhá překonávat komunikační zádrhele. Je tím míněn ovšem humor čistý, oproštěný od ironizování, sarkasmu nebo zesměšňování. Nejlepší je, když si člověk umí dělat legaci sám ze sebe.

Mnoho seniorů jde pracovníkům v tomto směru příkladem. Jejich nadhled, ironii i trochu černý humor pronesený s kamennou tváří je leckdy odzbrojující

Neverbální komunikace ovlivňuje přenos informací velkou měrou. Pro příjemce je často příjemnější než samotná komunikace verbální. Obě musejí být v souladu, jinak vzniká nebezpečí špatných vztahů až ztráta důvěry. K neverbální komunikaci používáme symboly, gesta, doteky. Dalšími základními složkami tohoto druhu komunikace jsou: pohyby očí, pohledy, pohyby tváře, podávání rukou. (Pokorná, 2010, 29-30)

4 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PROCES ZMĚNY

Samotný návrh aktivizační činnosti vyplývá z dobrého poznání klienta a odhadnutí jeho schopností. Je využitím všech dostupných informací o druhu fyzického omezení, které je v danou chvíli k dispozici a možností, které se nabízejí. Bez spolupráce klienta ani sebelepší pracovník nedosáhne požadované změny. Změnu stávajícího stavu ovlivňuje velkou měrou průběh procesů, mezi které patří motivace, chování, učení a odolnost. Výsledný stav je pak závislý na jejich úrovni.

4.1 Vymezení procesů vedoucích ke změně

MOTIV/MOTIVACE

„Motiv je jakýkoliv vnitřní činitel, který člověka nebo jiný organismus vede k aktivitě.“
(Říčan, 2008, s. 177)

Primární motiv popisuje dále jako určení předmětu, jehož získání souvisí s uspokojením daného motivu.

Sekundární motiv je oproti tomu spíše psychologického rázu a bývá odvozen z biologického základu.

Říčan (2008, s. 187) odkazuje na Alportu, a jeho princip funkční autonomie, podle něhož i motivy, které vznikají sekundárně, mohou představovat novou kvalitu a žijí vlastním životem, živeny vlastní energií. Tento princip uplatňuje i Maslow, jež roztřídil lidské motivy, nazvané potřeby, do několika skupin, a podle umístění v hierarchii nižších či vyšších hodnot.

Protože se překonávání překážek stavějících se stárnoucímu člověku postupně oslabuje, klesá odolnost vůči námaze a různým zátěžovým situacím. Kuric (2000, s. 158) dále zmiňuje postupně se vytrácející iniciativu a vytrvalost, a stále častější pocit rezignace.

I přes tento handicap stáří je možné klienta motivovat. Záleží na obou ze zúčastněných stran. Malíková (2011, s. 290) popisuje motivaci jako schopnost citlivě, vhodně, ale také nestandardně používat motivační prvky vůči sobě samému, i jiným osobám a získat tak překvapivé výsledky. Schopnost motivace je dána dispozicemi jedince využít své mentální schopnosti. Vyžaduje osobní zájem, ochotu se motivací zabývat. Roli hraje i míra aktivity při vlastní realizaci. Ošetřující personál se schopností motivace dokáže do řešení

problému pojmout všechny související okolnosti, nalézat v nich pozitivní nebo jakkoliv zajímavé prvky, a na nich stavět následnou pomoc nebo činnosti směřující k dosažení potřebných výsledků.

SPOLUPRÁCE (CHOVÁNÍ)

Vztah motivace a chování vyjádřil J. W. Atkinson (1964) v této formuli:

$$B = (M_n, P_s, H_c),$$

kde B značí chování; M_n motivační napětí; P_s subjektivní pravděpodobnost dosažení cíle a H_c značí hodnotu cíle. Formule zjednodušeně vyjadřuje důležitou skutečnost, že sama motivace (přítomnost motivačního napětí) nestačí tak říkajíc ke spuštění příslušného zacíleného chování. K tomu, aby chování podmíněně stávající motivací bylo uskutečněno, musí být splněny dvě podmínky:

1. Subjekt musí být přesvědčen, že bude dosaženo cíle (subjektivní odhad pravděpodobnosti dosažení cíle).
2. Cíl musí mít určitou nezbytnou hodnotu, aby se stal žádoucí. (Nakonečný, 1997, s. 106-107)

Cakirpaloglu (2004, s. 148) cituje Adlerovo tvrzení, že jedinec bez představ o cíli ztrácí veškerý smysl. „Musí být splněna podmínka, že jedinec má svůj cíl, naději či víru v úspěšnost svého úsilí.“ Připomíná mu Franklův pojem „vůle ke smyslu“. Toto tvrzení zřejmě přispělo k budování pozitivní, humánní psychologie zaměřené na psychické zdraví a zodpovědnou existenci člověka.

UČENÍ

„Za učení považujeme každý proces, jehož výsledkem je změna psychických jevů, dispozic k nim a jejich vnějších projevů (zejména chování a výkonů) u daného individua, resp. organismu.“ (Říčan, 2007, s. 159)

Učení není jeden specifický druh aktivity. Je to změna, která se vyskytuje v organismu během mnoha druhů aktivity. Pozdější aktivita je odlišná v důsledku předchozí aktivity. (Nakonečný, 1997, s. 359)

Potřeba učení je k staru snížena a senior dává přednost stereotypu. Nové informace jej zatěžují a vyvolávají v něm pocit ohrožení. (Vágnerová, 2000a, s. 457)

Učení není jeden specifický druh aktivity. Je to změna, která se vyskytuje v organismu během moha druhů aktivity. Pozdější aktivita je odlišná v důsledku předchozí aktivity. (Nakonečný, 1997, s. 359)

Za základní podmínky učení se pak podle J. Dollarda a N. E. Millera (1950) považovat následující:

1. Individuum musí být motivováno.
2. Podněty z okolí musí být vnímány ve vztahu k vzniklému motivu.
3. Individuum musí vykazovat nějakou činnost.
4. Musí být dosaženo nějakého cíle.

Rozhodujícím činitelem učení je zpevnění. (Nakonečný, 1997, s. 359)

Podle Říčana (2008, s. 159) patří k učení změny žádoucí, které se snažíme u druhého navodit, a které způsobují jiné prožívání radosti nebo soucitu v situaci, která člověka byla dříve lhostejná, zlepšení výkonu, kreativity a spontaneity. Mezi změny nežádoucí, vyvolané učením řadí např. chorobný strach a fobie.

ODOLNOST

Pojem odolnost, jako jeden z osobnostních rysů, představuje Paulík (2010, s. 102) jako:

1. schopnost klást odpor a odolávat tlakům v širokém rozsahu bez závažného narušení funkce systému a vybírat nejvhodnější vzorce interakčního chování,
2. schopnost rychlé, pružné regenerace systému, která spočívá v odstranění narušení rovnováhy a návratu k původnímu stavu,
3. schopnost změny osobnosti, formou využití získaných zkušeností, případně nově osvojené poznatky a dovedností aplikovat v jiném případě nebo situaci.

Odolnost dále závisí na věku. Zvláště významné však jsou zkušenosti jedince přímo s náročnými životními situacemi. Záleží na tom, jak silné a závažné frustrující nebo stresové situace na jedince v minulosti již působily a v jakém pořadí. Znovu a znovu se zjišťuje, že postupné zvyšování nároků, obtíží a překážek vede k tomu, že se organismus přizpůsobuje, jeho odolnost stoupá. (Čáp a Dytrych, 1968, s. 56)

4.2 Determinanty na straně seniora

Do interakce s druhými prostřednictvím komunikace vstupujeme podle Venglářové (2007, s. 74) na základě představ o druhých, které jsou objektivní jen do určité míry. Mohou být dokonce zcela mylné. Na straně klienta to může být domněnka o tématech rozhovoru, vyplývající z odbornosti personálu.

Postoj k vlastní chorobě může v různé míře ovlivňovat změny identity takového člověka, uvádí Vágnerová (2004b, s. 29). Projevuje se i v tom, jak přijímá, anebo nepřijímá roli nemocného. To znamená, zda se s ní identifikuje, či nikoliv, a následkem toho se i různým způsobem chová.

Víra ve vlastní schopnosti je jednou z nosných determinant ovlivňující jednání a pohled na sebe sama. Zatímco pro některé seniory život postižením končí, jiní ani nepomyslí na to, že by se měli vzdávat a snaží se v rámci svých schopností o zlepšení stávajícího stavu. Osobnost určuje věk, říká Haškovcová (2010, s. 175), a tento vztah neplatí obráceně.

Nezbytnou podmínkou je dosažení **integrity** v pojetí vlastního života. Projevuje se přijetím svého života jako celku a usnadňuje i vyrovnání se smrtí. Vede k pochopení vlastního života jako nedílné součásti generační posloupnosti. Vlastní život je třeba posuzovat ve vztahu k minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Integrita závisí na zvládnutí úkolů předchozích vývojových období. (Vágnerová, 2000a, s. 444).

Postoj k vlastním psychickým změnám ve stáří je signálem úrovně zachovalých psychických kompetencí. Základem adaptivní strategie starého člověka je podle M. Baltesové a P. Baltese (1990):

1. selekce, tj. nezbytnost diferencovat v oblasti svých aktivit a cílů, odhadnout svoje schopnosti i způsoby, jak dosáhnout toho co je potřeba. Vybrat si jen to, na co člověk stačí. Projevem adaptace na stáří je redukce nároků na sebe sama, omezení vlastního životního programu. Taková redukce je nutná, avšak měla by být přiměřená, negativní důsledky má i zbytečná rezignace.
2. optimalizace, tj. hledání způsobu, jak co nejlépe využít svých zachovaných schopností
3. kompenzace, tj. schopnost vyrovnávat úbytek některých kompetencí využitím jiných, které zůstaly zachovány. Starý člověk se sice už mnoho nového nenaučí, ale

může své schopnosti a dovednosti účelně využívat. Lidé, kteří mají dobré vrozené předpoklady a byli po celý život aktivní, bývají úspěšnější i v kompenzaci svých nedostatků. Kompenzační mechanismy mohou být různě efektivní, jejich kvalita závisí na úrovni zachovaných schopností. (in Vágnerová, 2000a, s. 455)

Víra: Z mnoha rozhovorů se starými lidmi vyplývá, že se stáří se lépe vyrovnávají lidé věřící. „Jedním z důvodů drastického působení krizových situací na člověka je reálná či jich domnělá bezvýchodnost spojená s beznadějí. Naděje a víra ve zlepšení mohou být oním pověstným světlem na konci tunelu.“ (Paulík, 2011, s. 97)

Spoléhání na zázračnou moc lékařů, tzv. **medicinalizace**, je u generace dnešních seniorů podle Haškovcové (2010, s. 44) velmi rozšířeno. Lidé se domnívají, že lékaři jsou téměř všemocní a že jejich problémy medicína vyřeší. Přesto, že již řadu let věda přináší v oblasti zdraví zprávy o nutnosti prevence, extrémní důvěra v lékaře trvá, a lidé doufají, že se jim zdraví navrátí bez vlastního přičinění, pomocí pilulky. Při předávání informací o zdravotním stavu hraje roli i **věk**. Z mnoha odborných zdrojů vyplývá, že starší lidé a senioři jsou zejména v průběhu hospitalizace nejen méně informováni o svém zdravotním stavu a zdravotní problematice než mladí lidé, ale také udrží méně informací.

Častým problémem je navázat kontakt s klientem, který o komunikaci nestojí. Stažení se do sebe je známkou změn nálad. Některým lidem trvá déle, než se osmělí, mají nižší potřebu mluvit, nebo si neumí představit, o čem se mají s personálem bavit. Mnohá běžná témata dnešních hovorů bývala dříve tabu. Svoji roli může hrát i fakt, že některý pracovník není prostě sympatický a klient s ním nemá dobrý vztah. (Venglářová, 2007, s. 78)

Mezi determinanty, které mohou ovlivnit spolupráci klienta, řadí Pokorná (2010, s. 53) obavu z neúspěchu, negativní emoce jako je strach a zlost, nepřipravenost, fyzické nepohodlí, interní bariéry, vyrušení další osobou, hluk, vizuální rozptylování neschopnost naslouchat, a komunikační zahlcení.

Kvalita komunikace může být ohrožena, podle Venglářové (2007, s. 74), jiným, vrozeným tempem řeči, neschopností seniorů produkovat sdělení a porozumět obsahu, sníženou výbavností slov, zhoršenou pamětí, jazykovou manipulací, používáním žargonu nebo odborné terminologie. Dříve také nebylo běžné tykání a nepoužívaly se vulgarismy.

4.3 Determinanty na straně personálu

Mýty a předsudky o stáří mohou výrazným způsobem ovlivnit komunikaci se seniory. V poslední době často skloňované slovo ageismus (z angl. slova „age“ stáří) definují Hartl a Hartlová (2004, s. 20) jako věkovou diskriminaci, znevýhodňování osob na základě jejich věku.

Diskriminace založená na kvalitativní nerovnosti jednotlivých vývojových období je výsledkem naučených předpojatosti a předsudků. Takovéto stereotypní myšlení tvoří bariéry mezi klientem a osobou, která jej ošetřuje. Brání navázání dobrých vztahů a kvalitní spolupráce. Pokorná (2010, s. 82) uvádí jako další důsledky ageismu snížené sebevědomí, zvýšenou závislost, zvýšenou psychickou i fyzickou zátěž, nedostatečné uspokojení s průběhem a výsledky terapie.

Vágnerová (2000a. s. 80) považuje za primární úkol všech poskytovatelů péče: „... identifikovat příznaky ageistického jednání ve vztahu k seniorům a vyloučit jej i ve vztahu k sobě samým.“

Osobní vztah ošetřující osoby s příjemcem péče může a nemusí být pro její kvalitu důležitý. Jistou spojitost mezi uspokojením z prováděné práce a komunikačními dovednostmi našel Willkinson. Popisuje častější používání podporující komunikace u personálu, který je spokojen s atmosférou na pracovišti. Úroveň zainteresovanosti, motivace a uspokojení z interakce s kolegy má vztah ke kvalitě práce. Jako základní proměnné ve vztahu k poskytovateli péče patří: stereotypizace a negativní předpoklady neboli předsudky ve vztahu k příjemci péče, vzdělání poskytovatelů péče, uspokojení z vlastní práce, pracovní motivace a vztahy na pracovišti. (Pokorná, 2010, s. 40)

Jiný názor na vztah mezi pečovatelem a klientem má Venglářová (2007, s. 25), která upozorňuje na důležitost jeho kvality. Nedobrý vztah ve spojitosti s minimální komunikací může vést k rozvoji problematického chování a k nezvratným poškozením klienta. Důsledkem může být nárůst neklidu a vznik slovní i brachiální agresivity.

Význam moci řeší Kopřiva (1997, s. 40). Klient je do jisté míry bezmocný už tím, že něco potřebuje a pracovník naopak mocný tím, mu pomáhá. Mocenská pozice ovlivňuje pracovníka v jeho možnostech a způsobech jednání. Může být např. nevlídná, když klient „vyrušuje“, neomalená v případě, že je pracovník neosobní, nepozdraví nebo se baví o klientovi před ním s jiným personálem. Ponižování je krutostí a laskavá vlídnost, projevená je

z titulu funkce netaktností. Každý takový projev má svůj protipól v jednání klienta v podobě stažení se z kontaktu, zaujetí jisté pasivity. Někdo se sevře křivdou, jiný naopak žádá o kontakt. Taková nevhodně poskytovaná pomoc se vzdaluje svému účelu.

„**Zkušenost** ne vždy determinuje reálný postoj k příjemci péče. Znamená to, že i když máme pozitivní zkušenosti se seniorem z rodiny (je aktivní a soběstačný), v rámci poskytování péče na pracovišti často spíše předpokládáme omezení schopností seniora.“ (Pokorná, 2010, s. 41)

Mezi další obvyklé bariéry na straně pracovníka řadí Venglářová (2007, s. 75) strach ze závažných témat, jako je umírání a nevléčitelné choroby. Problémy s konkrétním klientem nebo špatnou zkušenost z dřívějších kontaktů mohou vyústit ve vyhýbání se klientovi nebo určitému tématu. Některé hovory, a erotická témata hraničí se sexuálním obtěžováním, a nemusí se týkat výhradně mužů. Málo personálu, velké pracovní zatížení a nedostatek času patří mezi další časté vlivy.

V zařízeních sociální péče bývá využíván styl řeči zvaný jako **elderspeak**. Jde např. o používání zdvořilých, množného čísla při oslovování jedince a nepřiléhavé zjednodušování obsahu. Jedná se o vžitý stereotyp, který ovlivňuje mezigenerační komunikaci. (Pokorná, 2010, s. 62-63)

Prostředí, ve kterém se pohybujeme, na nás působí mnoha vlivy. Jsou to vlivy sociální, ale také fyzikální, např. hluk, příliš velký chlad či teplo, nedostatek osvětlení či příliš ostré světlo. V zařízení pro seniory je patrná snaha zpříjemnit prostředí obrázkami, dekoracemi, někdy i vůněmi či hubou. Podněty pak mohou přesáhnout hladinu, která je pro klienta příjemná, či dokonce snesitelná. Stává se podrážděným a vzniklé napětí uvolňuje různými způsoby. (Venglářová, 2007, s. 41)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 REALIZACE VÝZKUMU

Pomoc pro seniory v zařízeních vyplývá ze Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Jsou v něm definovány základní činnosti při poskytování sociálních služeb. Věcné vymezení v jednotlivých bodech legislativně určuje, co je nutné dělat, ale neposkytuje žádný návod na to jakým způsobem.

Aktivizačním pracovníkům je ponechána poměrně velká volnost v tom, jak svoji práci uchopí. Předpokládá se velká schopnost empatie, kreativity a schopnosti reagovat na aktuální možnosti klienta. Jasný návod, jaké informace jsou nutné k efektivní práci se seniorem, chybí.

Ze slov mých kolegyň, ale i z výzkumných šetření kolegů studentů vyplývá, že: „...instruktorky nemají dost literatury a návodů jak svoji práci dělat a na to navázat tím, že k tomu by ta práce mohla sloužit. Může vznikat vyhoření u pracovníků, kteří se snaží někam osoby posunout, a nejde jim to u některých lidí.“ (Pichrtová, 2009, s. 58)

Snahou výzkumného šetření bylo porozumět seniorům jak na své fyzické omezení a možnosti tento stav zvrátit nahlížejí sami, jak na ně pohlíží jejich nejbližší okolí, mezi které patří nejbližší rodinní příslušníci a ošetřující personál, a jakým způsobem všechny tyto pohledy ovlivňují momentální schopnosti seniora. Tyto, obvykle rozdílné názory, jsou v neustálé vzájemné interakci.

Všechny, pro můj výzkum důležité aspekty, v sobě obsahuje kvalitativní výzkum, který je podle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007, s. 17) procesem zkoumání jevů v autentickém prostředí, s cílem získat komplexní obraz těchto jevů, založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu.

5.1 Cíl výzkumu

Tématem práce je vliv fyzického omezení na vnímání seniorů. Volbou tohoto tématu jsem chtěla odkrýt, jaké faktory ovlivňují vědomí klientů o jejich možnostech rozvoje pohybu. Co se dá považovat za definitivní stav, a co je potřeba o klientovi vědět, aby byla efektivně naplněna podstata práce aktivizačního pracovníka. Přínos vidím v porozumění jednání klienta. Vědomí, že existují omezení, se kterými je nutné počítat, sníží nereálnost očekávání u všech zúčastněných, a eliminují se třecí plochy, které by mohly v důsledku takové neznalosti vznikat.

Cílem výzkumu je odhalit faktory vedoucí ke zhoršování stavu seniora a k subjektivnímu pohledu na svoje schopnosti v oblasti rozvoje svého pohybu.

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je nalézt odpověď na otázku: Jaký má fyzické omezení vliv na vnímání schopností seniorů?

Odpověď na tuto otázku může splnit i **praktický cíl**, který jsem si stanovila: nabídnout osobám, jež o seniory s fyzickým omezením pečují, návod jak k nim přistupovat a ukázat možnosti jejich rozvoje. Takové informace je možné využít ve většině zařízení, které mají ve své náplni zlepšení kvality života klientů, těžit z nich mohou i rodinní příslušníci, kteří sami doma o seniora pečují. V neposlední řadě mohou posloužit pro studenty oboru sociální práce a sociální pedagogika jako praktický doplněk k teorii.

5.2 Výzkumný problém

Problematika výzkumu je zaměřena na seniory žijící v zařízení domov pro seniory, kteří byli původně soběstační, žili ve vlastní domácnosti, a díky zhoršenému zdravotnímu stavu, který je již obtížně zvládnutelný v domácích podmínkách, se byli nuceni přestěhovat do pobytového zařízení.

Jejich aktuální zdravotní stav není výhradně výsledkem fyzického onemocnění, ale formoval se působením více vlivů. Denně se podivuji nad tím, jak stejná diagnóza může být pro jednoho člověka pouze nevyhnutelným omezením a pro druhého fatální diagnózou a definitivním koncem nadějí na možnost slušného života.

Proto jsem si stanovila tento **výzkumný problém**: Co/kdo všechno ovlivňuje pohled na seniory s postižením?

5.2.1 Dílčí výzkumné otázky

Pro objasnění problematiky jsem zvolila následující dílčí výzkumné otázky:

1. Jak přistupují klienti ke spolupráci?
2. Co/kdo má vliv na jednání seniora?
3. Jak může klient rozšířit své schopnosti?
4. Jaký význam bude mít nová schopnost pro klienta?

5.3 Metody výzkumu

Povaha tématu mě nasměřovala k případové studii – kazuistice. Různorodá data potřebná k ucelenému pohledu na osobu a odhalení příčin zkoumaného jevu mě dovedla k závěru, že kazuistika zaměřená na fyzické omezení bude nejlépe vystihovat potřebu spojit nasbíraná data, ústní, písemné i technické, v jeden vypovídající celek.

Ve Slovníku sociálního pracovníka (Strieženec, 1996, s. 220) uvádí autor kazuistiku jako soubornou zprávu o jednotlivém případě. Jde o popis a rozbor jednotlivého případu na základě kompletní písemné dokumentace, či jiných zprostředkovaných informací a vlastního zkoumání.

Objektem je, dle Hučíka a Hučíkové, jednotlivec (2009, s. 13).

Mohu si dovolit předpokládat, že potřebná data získám, protože v zařízení pracuji, s lidmi mám navázán dobrý vztah, a tím je pro mne velmi snadný přístup ke zkoumaným datům. Ta mohu ve kterékoliv fázi výzkumu doplnit o další potřebné informace.

5.4 Vstup do terénu

Jako zaměstnanec Domova pro seniory nemám problém v přístupu k respondentům a potřebným informacím. Protože s nimi budu dále pracovat, zajistila jsem si souhlas ředitele zařízení, kterého jsem stručně informovala o svém záměru, průběhu výzkumu a způsobu jeho vyhodnocování. Získala jsem tak možnost ve svém volném čase, mimo pracovní dobu, pohybovat se po zařízení a věnovat se sběru dat.

K předvýzkumu jsem využila rehabilitačně-aktivizační projekt s názvem Tour de Morava, jehož základem bylo šlapání na rehabilitační pomůcce. Jednalo se o „šlapadlo“, které umožňuje podobný typ pohybu, jako jízda na kole, ale sedíc na židli, nebo na pojízdném vozíku. Dílčím cílem vstupního projektu bylo zjistit, zda bude možné motivovat seniory k pohybové aktivitě, a to i ty, kteří se domnívají, že tento druh pohybu pro ně není vhodný, nebo že by jej z různých důvodů nezvládli. Velmi kladná odezva ve formě vysoké účasti seniorů na projektu mi dala odpověď na tuto dílčí otázku a doslova mě zahltila otázkami dalšími. Co všechno může ovlivnit seniory v jejich pohledu na sebe sama? A v jakém rozsahu? V průběhu projektu jsem měla možnost pokládat některé otázky týkající se zvolené problematiky a ověřila jsem si, že senioři budou ochotni poskytovat mi i některé, pro ně citlivé, vzpomínky ze svého života.

5.5 Výběr výzkumného vzorku

Všichni respondenti jsou z řad klientů domova pro seniory. Dále jsem získala informace od ošetřujícího personálu: pracovníků přímé obslužné péče, zdravotníků a rehabilitační sestry. Navzdory malé možnosti naplánovat si rozhovory s rodinnými příslušníky, kteří o seniory v předchozím bydlišti pečovali, mi ti, kteří v průběhu výzkumu zařízení navštívili, informace aktuálně poskytli.

Dva respondenty z řad klientů jsem si vytipovala již v průběhu předvýzkumu, protože se ho aktivně účastnili. Ostatní jsem oslovila na základě výběru dle stanovených kritérií, kterými bylo fyzické postižení a jistá prvotní nechuť ke spolupráci při rozšiřování jejich schopností v některé z oblastí jejich života. Dále se muselo jednat o osoby orientované místem časem a prostorem a takové, které budou schopny pochopit moje otázky a odpovídat na ně srozumitelně.

Původní záměr získat pro výzkum 5-6 osob jsem z důvodu silně narůstajícího množství dat zredukovala na konečné 4 respondenty z řad klientů.

5.5.1 Popis výzkumného vzorku

Jako pracovník v přímé obslužné péči na pozici instruktorky se setkávám se všemi klienty a jejich rodinnými příslušníky. Úzce spolupracuji s obsluhujícím personálem, kterým jsou pečovatelky, rehabilitační sestra a zdravotní sestry. Z tohoto důvodu je pro mne snazší vybrat si respondenta, který nejlépe splňuje stanovená kritéria. Se všemi jsem navázala velmi dobrý vztah. Ten mi umožnil získat informace např. o zdravotním stavu a průběhu zdravotních komplikací, ke kterým nemám jinak, dle § 65 Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, přístup. Vybrala jsem si velmi sdílné osoby, které o svých potížích hovořily otevřeně a dokázaly vyjádřit svoje postoje k fyzickým omezením, které mají.

V této části práce popíši stručně jednotlivé respondenty, které jsem v rámci zachování jejich anonymity označila písmenem K (klient) a pořadovým číslem.

Základní údaje o respondentech:

Respondent K1

Muž, věk: 82 let, svobodný, bezdětný, vzdělání: vyučen, druh postižení: omezená hybnost levé horní končetiny, zhoršená nestabilní chůze, povaha: tichý, neaktivní, nemotivovaný k sebeobsluze.

Respondent K2

Žena, věk: 78 let, vdova, 1 dítě, vzdělání: základní, druh postižení: ležící, omezený rozsah hybnosti horních a dolních končetin, nadváha, povaha: málo společenská, apatická.

Respondent K3

Žena, věk: 83 let, vdova, 1 dítě, vzdělání: základní, druh postižení: ochablé dolní končetiny, neudrží se na nohou, ležící, povaha: společenská, komunikativní, ustrašená.

Respondent K4

Muž, věk: 81 let, ženatý, 1 dítě, vzdělání: vyučen, druh postižení: omezená hybnost dolních končetin, pohybuje se na vozíku, povaha: společenský, aktivní, motivovaný.

5.6 Sběr dat

Nejprve jsem prostudovala veškeré písemné materiály, které jsem měla k dispozici. Čerpala jsem ze záznamů z šetření sociálních pracovníků, které se provádí před přijetím seniora do zařízení v jeho domácím prostředí nebo v nemocnici, kde je dlouhodobě hospitalizován.

Dále jsem prostudovala individuální plány jednotlivých respondentů, a to jak jejich původní formu v době přijetí do zařízení, tak i následné plány, které byly vytvořeny klíčovými pracovníky za celou dobu pobytu klienta v zařízení.

Velmi zajímavým zdrojem byly záznamy o péči v elektronické databázi Cygnus, které zapisují pracovníci v přímé obslužné péči a slouží k informovanosti ostatních kolegů o důležitých změnách zdravotního stavu nebo schopnostech, které se u klientů změnilo. Tyto informace jsou vedeny formou deníku a věrně mapují posun klienta směrem k lepšímu nebo zhoršujícímu se stavu. Písemné materiály jsou majetkem Domova pro seniory a nejsou součástí přílohy. Posloužily však výraznou měrou k sestavení kazuistik.

Důležitým doplněním písemných materiálů byly polostrukturované rozhovory s klienty. Dále jsem uskutečnila rozhovory s pracovníky přímé péče, zdravotnickým personálem a rehabilitační sestrou. Pohled rodinných příslušníků pro dokreslení zkoumaného jevu jsem získala pomocí rozhovorů při jejich návštěvě v zařízení a v jednom případě písemnou formou e-mailu, po předchozí telefonické dohodě. Tento druh rozhovorů probíhal spontánně při aktuálních návštěvách, proto se jedná spíše o doplňující informace a otázky nejsou součástí přílohy.

Všichni oslovení klienti, pracovníci i rodinní příslušníci mi byli ochotní rozhovory poskytnout.

Rozhovory s první skupinou vybraných respondentů z řad klientů proběhly v měsíci lednu 2013. Po analýze dat jsem ještě doplnila jednoho respondenta, který splňoval kritéria výběru, ale vzhledem k předchozím se lišil.

Rozhovory probíhaly v domově pro seniory. S ležícími respondenty jsem hovořila na jejich pokojích, jejich spolubydlící jsem požádala o poskytnutí soukromí. S chodícími respondenty proběhl rozhovor v klubovně, která je v zařízení k dispozici, a je zde možné hovořit o samotě. Rozhovory s různými pracovníky přímé péče a zdravotnickým personálem probíhaly v zařízení, dle jejich aktuální přítomnosti na pracovní směně. Celkově jsem realizovala 4 rozhovory s klienty a 4 rozhovory s pracovníky a rodinnými příslušníky.

5.7 Způsob zpracování dat

Vytvořila jsem si záznamový arch sociálně pedagogické kazuistiky, který obsahuje veškeré důležité položky k následnému výzkumu. Informace z písemných dokumentů, kterými jsou záznamy z šetření sociálních pracovníků, individuálních plánů a záznamů péče, jsem vkládala do připraveného záznamového archu sociálně pedagogické kazuistiky.

„Kazuistika je vědeckým zpracováním konkrétního případu.“ (Hučík a Hučíková, 2009, s. 13)

Takto vyplněný formulář mi sloužil následně jako podklad pro polostrukturovaný rozhovor s klienty. Nechtěla jsem seniory zatěžovat zbytečnými otázkami, na které jsem mohla získat odpověď z jiných zdrojů, proto jsem se ptala již výhradně na informace, které mi pro řádné sestavení kazuistiky chyběly. Samotný rozhovor je pro některé klienty vyčerpávající, což znám z praxe.

Můj názor navíc podporuje i následující stanovisko: „Strukturovaným rozhovorem můžeme na jedné straně získat velké množství údajů o klientovi, ale hrozí nebezpečí, že ho zasypeme už v úvodu otázkami, jejichž smysl nemusí celkem chápat.“ (Hučík a Hučíková, 2009, s. 70)

Rozhovory s respondenty z řad klientů, personálu i rodinných příslušníků jsem nahrávala na diktafon. Na počátku rozhovoru jsem znovu informovala respondenta o účelu, k jakému bude sloužit, a získala jsem k jeho nahrávání souhlas. Rozhovory s respondenty z řad klientů, personálu i rodinných příslušníků jsem nahrávala na diktafon. Takto získanými daty jsem doplnila chybějící údaje v kazuistikách. Přepsané rozhovory a kazuistiky jsem podrobila analýze a vytvořila závěry.

Vzor záznamového archu kazuistiky s návodem k vyplnění naleznete v příloze č. 1.

5.8 Kategorie a jejich vyhodnocení

Na základě analýzy kazuistik a textu rozhovorů jsem vytvořila níže prezentované kategorie obsahové analýzy. Názvy kategorií představují vždy jednu skupinu ze základních oblastí vlivu na subjektivní vnímání seniora. Pro přesnější vymezení jejich obsahu následně kategorie přesnějším popisem konkretizují. Ke vzniklým kategoriím jsem přiřadila výzkumné otázky. K zodpovězení výzkumných otázek jsem využila analyzované rozhovory a kazuistiky.

Přímé citace respondentů K1-K4 jsou napsány kurzívou a označeny uvozovkami. Přímé citace personálu a rodinných příslušníků jsou uvedeny v uvozovkách a běžným písmem. Vytvořené kategorie jsou uspořádány v tabulce č. 1

Tab. 1. Vzniklé kategorie

Kategorie	Konkretizace kategorie	Výzkumné otázky	Příkladové věty
Spolupráce + Motivace	Subjektivní přání klienta, osobní přístup +/-, přijetí/nepřijetí navrhované činnosti	Jak přistupují klienti ke spolupráci?	"Já jsem začal cvičit s ní" (++) "Chtěl bych chodit tak, jak jsem chodíval dřív" (+) "Už je to se mnou špatné a su otrávený" (-)
Vliv bio-psycho-sociální	Fyzické zdroje klienta +/-, povaha, přístup k životu, přístup okolí	Co/kdo má vliv na jednání seniora?	"Potom jsem začala mít a mít chodit" (bio) Mám hrozný strach, že zase spadnu" (psycho) "My si myslíme, že by mohl" (soc.)
Navrhované činnosti	Nový pohled na situaci klienta	Jak může klient rozšířit své schopnosti?	Sám se najíst, napít, posadit, posunout v posteli, chodit v chodítku
Uplatnitelnost	Přínos do budoucna	Jaký význam bude mít nová schopnost pro klienta?	"Teď už žádné plínky nemám" "Už nemusím tolik zvonit, zvládnou to sama"

5.8.1 Spolupráce + motivace

Kategorie s názvem „Spolupráce + motivace“ vznikla seskupením odpovědí, které prezentují přístup ke spolupráci. Jsou zde subjektivní přání klienta, osobní zainteresovanost ke zvládnutí dovednosti, to, zda vyvíjí nebo nevyvíjí aktivitu směrem ke zlepšení stavu. Zachycuje i míru kolísání motivovanosti dle momentální nálady nebo zdravotního stavu.

Jako počáteční pozitivní formu spolupráce, vyjádřenou znaménkem +, je možné chápat už souhlas s navrhovanou činností K2: „*toš sedět, sedět bych snad mohla*“, na rozdíl od negujícího přístupu (-) K1: „*...to je těžko říct no, jednou rukou něco dělat*“. Souhlas či nesouhlas s navrhovanou činností není obvykle definitivní a je ovlivněn momentální motivací a přáním klientů: K3: „*kdyby tu někdo byl (silný velký) kdo by mě pomohl*“ nebo K4: „*no chtěl bych chodit tak, jak jsem chodíval dřív*“.

Prolínání vlivu motivace na spolupráci je často se opakující jev, proto jsou obě tyto skupiny aspektů společně v jedné oblasti vlivů.

Vyšší úroveň spolupráce (++) projevená samostatností při obnovování vlastních schopností je poznat z vyjádření K4: „*chodím tady s tím vozíkem*“ a „*chodím do toho šlapadla*“, která je umocněná vysokou motivací k nabytí ztracené schopnosti: „*to jsem záviděl lidem, když jsem viděl někoho jít po chodníku*“.

Samotný motivační prvek může být různý od: K1: „*no, když mě poručíte*“ a „*když dostanu něco dobrého*“ (+), nebo např.: K4: „*...tak v tom případě asi převládá pohodlnost*“(-).

Ve vyjádřeních personálu se dají nalézt další možnosti: prvek dobré zkušenosti: „*při dobrém vedení dokáže krátkodobě strach překonat*“.

Závislost jednotlivých kroků: **souhlas k činnosti + motivace + spolupráce + dobrá zkušenost** demonstrují odpovědi K3: „*v dohodnutý čas su připravená ke spolupráci*“ nebo K4: „*su spokojený, jak jste mě přemluvila, abych chodil tady (do jídelny)*“.

5.8.2 Bio-psycho-sociální vlivy

Největší kategorie zahrnuje **bio-psycho-sociální vlivy**, které v průběhu života utvářejí osobnost a způsobují výchozí stav klienta, tak, jak se s ním setkáváme při jeho přijetí do zařízení. Zatímco s přibývajícím věkem jedince ubývá vlivu dědičnosti, uvedená kategorie nabývá na důležitosti. Jednotlivé vlivy se vzájemně prolínají, jeden podmiňuje vznik druhého nebo působí současně.

Vliv „**bio**“ zahrnuje fyzické zdroje respondentů. Zohledňuje aspekty zdravotního omezení, které:

1. předcházelo a postupně vedlo k trvalému fyzickému omezení,
2. je svou povahou trvalé a není možné dosáhnout zlepšení.

Počátky zhoršování stavu vedoucí k trvalému poškození popisují respondenti jako první důvod k péči příbuznými nebo jako impulz k přestěhování. Nejčastěji se jedná o obtíže v oblasti dolních končetin: K2: „*naráz šup a už jsem byla na zemi*“; K3: „*...jsem padala*

doma“ nebo K3: „*potom jsem začala míň a míň chodit*“. Obtíže s horními končetinami vyjadřuje K2: „*ty ruky tyma ramenama nejak ochably, jsem se nemohla ani najest*“ mají podobný dopad. Trvalé fyzické omezení je možné získat i náhle jak vyplývá z rozhovoru s K4: „*sestřička poznala podle toho mojeho chování, říkala paní doktorce, že to vypadá na tu mozkovou příhodu. Levá noha zůstávala pozadu a levá ruka taky míň citu v prstech*“. K4: „*Tak jsem tam taky ležel, ležící pacient napořád*“.

Vliv „**psycho**“ mapuje psychický stav v době přijetí do zařízení a vznik psychických bariér, obav a strachů. Dobře to dokumentuje vyjádření personálu: „není v současné době v dobré psychické kondici“ doplněné slovy K2: „*...to byl hrozný šok, já jsem myslela, že zblbnu*“.

Emočně zabarvené vyjádření, dokumentující vznik bariér ve formě strachu jsem získala od K3: „*Já jsem měla napsané aj na tom, že možnost pádu (vzlyk), že padám. Jestli si toho nevšimla nebo co. Ona mě postavila a já zrovna jsem ju přilehla, jak se říká, spadla jsem na ni. Ona byla potom na mě taková zlá.*“ Nesprávné odhadnutí sil klienta společně se studem z nutnosti žádat o pomoc působí jako řetězová reakce: „*já se bojím, vy mě řeknete stúpni si, a jak kdybych měla ty nohy dřevěné, jak kdybych stála...*“

Prolínání vlivů **psychosociálně** zabarvených je možné vysledovat např. na tvrzení K2: „*to je zase jinak, když jste doma a když jste někde v ústavě*“. Nutnost požádat o pomoc cizího člověka (stud) nebo vlastního manžela či dětí je vnímáno klientkou na jedné straně jako překážka a zároveň poskytuje prostor k nadměrné péči, jak dokumentuje výrok dcery: „*jsem pořád pryč, tak mám výčitky svědomí, že se o maminku nestarám a udělám, co jí na očích vidím*“. Jinou formu studu prožívá K4: „*mám takový respekt nebo obavy abych něco neudělal, abych nebyl pro smích*“.

Vliv „**sociální**“ obsahuje informace o přístupu rodinných příslušníků, personálu a jiných osob v situacích spojených s vědomím, že jsou v interakci se seniorem s fyzickým omezením.

Je možné se setkat se subjektivním hodnocením personálu a rodiny typu: „*kdyby se octl na pustém ostrově, tak by se o sebe postarat musel*“ nebo „*je zvyklá využívat pomoci svého okolí*“ či „*personál se s ní musí natáhat*“. Bagatelizace problému u lékaře popisuje K4: „*...tak přišla k tomu názoru (lékařka pohotovosti), že mě má moja doktorka poslat na rentgenování páteře. Tak jsem tam šel k mojí doktorce za tři dni, ta mi předeepsala jenom*

prášky a nikde posílat nebudem.“ Výrok typu: K4: „*tak mi říkala, že pravděpodobně vozík, že budu vozíčkář*“ působí jako demotivující a definitivní, stejně jako forma empatického přístupu personálu a rodiny: „On je už starý a nemocný, tak má právo ležet a nedělat nic. Přijde mi hrozné ho do něčeho nutit“.

Doplňující otázky v rozhovorech s respondenty poukazují na možný vliv zájmů, životních zkušeností a celkového přístupu k životu. Nerezignaci nad vlastním stavem a potřebu mít stále něco před sebou vyjadřuje K2: „*plánuju si do budoucna*“. Schopnost postavit se potížím čelem a nedávat si zbytečné hranice vysvětluje K3: „*já jsem zůstala sama a já jsem potřebovala prachy*“, „*...neměla jsem žádné prostě zábrany v ničem*“.

5.8.3 Navrhované činnosti

Tato kategorie obsahuje **navrhované činnosti** tak, jak je vidí ošetřující personál, rodina nebo senior sám. Hranice mezi subjektivním a objektivním pohledem na možnosti seniora je neostrá. Výsledek je závislý nejenom na dobrém odhadu jeho schopností, ale i na vlivu předcházejících kategorií. Cílem dohody o navrhované činnosti je alespoň připustit, že taková možnost existuje a je pro danou osobu reálná.

Někdy stačí naznačit cestu, kterou klient subjektivně vyhodnotil jako nereálnou. Hledání možností co, a způsobu jak, ovlivní nejčastěji personál: „my Vás **na ten vozík dáme**“.

Pozitivně působí objektivní názor odborníka, jehož vnímá většina seniorů jako autoritu, která má moc rozhodnout o jejich budoucnosti, jak to viděl respondent K4: „*navrhl lékař, že možu začít tu **nohu zatěžovat trošku***“. Vlastní aktivita klienta může někdy působit i opačně, jako podnět pro personál, jako je to v případě K3: „*vy mě řeknete **stúpni si***“ nebo K2: „*doporučila mi tady tu rehabilitační sestru, a ona se mnou **chodí v chodítku***“. Využití přátelství může dočasně oslabit strach, který ovlivňuje jednání K3: „*...**mě berete mezi sebe na to zpívání**... tam chodí aj Růženka*“. Nejdůležitějším bodem zlomu u navrhovaných činností je znovuobjevená schopnost uvědomit si své budoucí možnosti: K2: „*to bych možná mohla **sedět***“.

Někteří klienti na základě návrhu činnosti: „budeme spolu **cvičit, dávat ruce nad hlavu a hýbat prstama**“, objeví možnost ovlivnit svoji budoucnost, jako to bylo u K2:

„jestli to nějak půjde nebo nepůjde... to bych si pak mohla sama umýt obličej a nasadit zuby.“

Jak změna podmínek ovlivňuje pozitivně vnímání svých možností ukazuje K4: „*jak jste představila tu klubovnu su spokojený, jak jste mě přemluvila, abych chodil tady... na obědy tady **chodím** každý den*“. Původní návrh: „když jsem Vám navrhovala, abyste chodil (myšleno **jezdil na vozíku**) tady do jídelny“ nebyl přijat, protože K4: „...tak v tomto případě asi u mě převládá pohodlnost“.

Přechod z pasivity do aktivity bývá pozvolný, a to i tehdy, když má personál souhlas s navrhovanou činností. Někdy nezbyde, než dočasně ignorovat momentální nechuť, nebo nízké sebevědomí a pokračovat v činnosti, dokud se tyto aspekty „nerozpustí“. Na začátku je návrh **rozhovoru**: „Já se Vás budu vyptávat, vy mi **budete odpovídat**“ nejistá odpověď K1: „*víte, že já su nemluva*“ zakončeno po rozhovoru trvajícím 25 min.: „...hezky jsme si popovídali“ a K1: „*moc toho nebylo, nashledanou*“.

Každá navrhovaná činnost naráží nejprve na jistý odpor. Nemusí se jednat vždy o seniora samotného, někdy je proti rodinný příslušník, nebo personál, který danou možnost vyhodnocuje jako zbytečné a nadměrné úsilí. Dobře zvládnutá edukace všech zúčastněných může podkrýt možnosti dalších nově přichozích osob ve stejné nebo podobné situaci.

5.8.4 Uplatnitelnost

Kategorie **uplatnitelnost** navazuje na předchozí navrhované činnosti, a je jejím praktickým důsledkem. Pokud je klient, pro něj vhodným způsobem, motivovaný a začne spolupracovat, má šanci rozšířit paletu svých schopností o nový prvek. Ten může být spojovacím článkem ke splnění jeho přání, které se mu původně jevilo jako nesplnitelné. Zdánlivou drobností, jako je pohyb rukou, nazdvižení trupu nebo uchopení se tyče, se může dosáhnout takového zlepšení, že klient sedí v lůžku, a má tak o mnoho více např. vizuálních podnětů. Jakmile se daná schopnost zautomatizuje, a senior ji začíná běžně používat, upevní se jeho sebevědomí a víra ve schopnost sebeobsluhy.

Na první pohled je zřejmé, že fyzické omezení výrazně ovlivňuje oblast sebeobsluhy. Většina navrhovaných činností směřuje k tomu, aby ubylo nutnosti provádět jednotlivé činnosti personálem a zvýšila se míra vlastního zapojení klienta. Ilustruje to příklad K4,

který se naučil pohybovat na invalidním vozíku a říká: „*ted' už žádné plínky nemám, že dojdu s pomocí tohoto vozíku, já se dostanu na záchod, tam idu, prostě na malou i na velkou...*“ Dalším příkladem je přínos cvičení horní poloviny těla, jako tomu bylo u K2, a návaznost na možnost: „*sama si umývám obličej žínkou, učešu se, vezmu si léky...*“, kterou komentuje personál v záznamech slovy: „denně provádí samoobslužné činnosti v navrhovaném rozsahu již sama“.

Znemožnění pohybu a upoutání na lůžko mívá za následek sociální vyloučení. Působí dokonce i na osobu, která tvrdí, že je samotářská, a společnost nevyžaduje, jako je to u klienta, jež využil hluku na chodbě. Situaci popisuje personál takto: „pan K1 **vyšel mezi nás** na chodbu!“ Jiná pečovatelka sděluje: „...**vyjde a hledá** nějaký zdroj... tak on nevyjde moc často, on se jde podívat kolik je hodin nebo co je na oběd“. Může jít také o potřebu narušit stereotyp, jímž klienti trpí. Působení následků fyzického omezení se netýká výhradně jedné oblasti činností. Obvykle se následky kumulují a přidávají se další. Základní potřebou každého člověka je potřeba sdílet svoje myšlenky, postoje nebo obavy prostřednictvím mluveného slova. Deprivace v oblasti komunikace nastává, pokud je tato schopnost klientovi dlouhodobě odepřena. Chybí tím i smysl života, jak říká K1: „*jak umřela, zůstal jsem sám a to to už jsem chtěl taky ukončit ten život.*“ Návrh instruktorky v plánu péče: „**účast na společenských akcích**“ podporuje komunikaci, omezuje sociální vyloučení a upevňuje dobrý psychický stav. K3 má po **účasti** na takové akci : „...*chuť do života*“ a K2: „**plánuje si do budoucna.**“

6 INTERPRETACE DAT

Život s fyzickým omezením je těžký sám o sobě. Je to významný determinant, který limituje možnosti osoby, která je takto postižena. U mladého člověka se s něčím takovým nepočítá, a podle všeobecného mínění, by měl mít dostatek sil se s takovým omezením srovnat a pracovat usilovně na možnosti nápravy. Stárí výhodu dostatku sil již nemá, ale s fyzickým postižením se u něj počítá. Musí tedy vstoupit do děje někdo jiný, obvykle rodina, pro kterou je péče o takového seniora velkou zkouškou a zátěží. Nejenom z těchto důvodů existují pobytová zařízení, jako jsou domovy pro seniory.

Hlavním cílem výzkumu bylo zodpovězení otázky: Jaký má fyzické omezení vliv na vnímání schopností seniorů? Úžeji byl zaměřen na odhalení vlivů vedoucích ke zhoršování stavu seniora a k subjektivnímu pohledu na svoje schopnosti v oblasti rozvoje svého pohybu. K objasnění tohoto procesu měly napomoci stanovené dílčí výzkumné otázky:

- Jak přistupují klienti ke spolupráci?
- Co/kdo má **vliv** na jednání seniora?
- Jak může klient rozšířit své schopnosti?
- Jaký význam bude mít nová schopnost pro klienta?

Kategorie vzniklé na základě výzkumných otázek charakterizují vždy jednu ze zásadních oblastí vlivů. Při jejich hlubší analýze se vynořilo mnoho aspektů, které mohou v rámci jedné oblasti působit.

Kategorie spolupráce a motivace se jeví jako uzavřený kruh. Nabídne-li někdo klientovi **příležitost**, že s jeho pomocí lze dosáhnout nějaké **výhody**, pak bude zvažovat, zda takovou **nabídku přijme**. Pro jakoukoliv činnost je třeba, aby byl motivován, a pokud k ní potřebuje pomoc druhého člověka, pak je pro dobrý výsledek důležitá i míra spolupráce. Bez **motivace** není dobrá **spolupráce** a naopak. Oba vlivy se neustále podmiňují a prolínají. Vlastní **dobrá zkušenost klienta** s prováděnou činností motivuje k **další spolupráci**. V případě, že jeden z aspektů, třeba jen dočasně, chybí nebo zúčastnění ve svém postoji zakolísají, projeví se to negativně na **míře spolupráce i motivace**. Proces je narušen, je třeba zjistit příčinu a obnovit chybějící rovnováhu.

Tento proces může trvale ohrozit kterýkoliv z aspektů z **kategorie vlivů bio-psycho-sociálních**. Počátky zhoršování fyzického stavu, či náhlý vznik trvalého fyzického

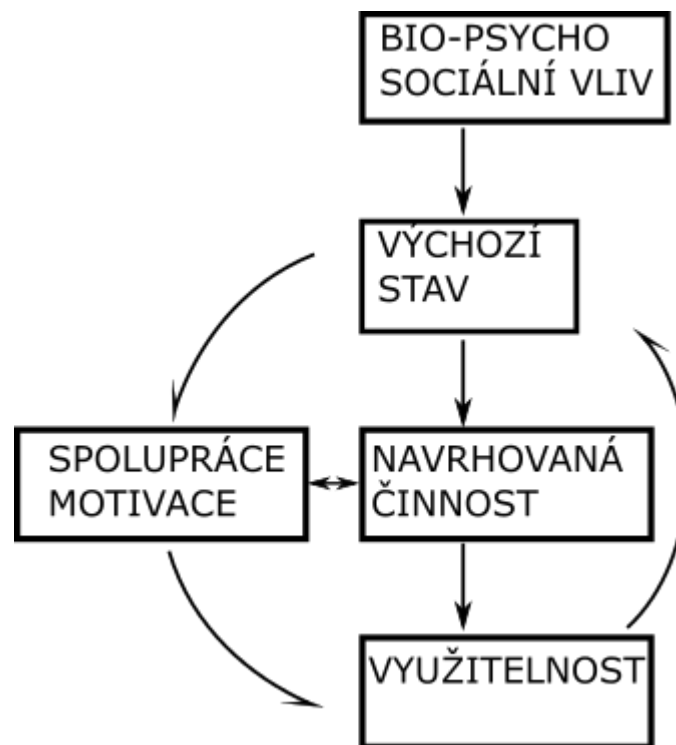
omezení spadají do aspektu **bio**. V této fázi se klient musí s novým stavem nejprve vyrovnat, aby byl schopen reagovat na případnou nabídku aktivity směřující ke zvrácení nebo zmírnění takového omezení. U některých dojde k takovému rozvratu autonomie, že již nejsou schopni nabídku přijmout, jiní po čase získají motivaci a začnou spolupracovat, neboť je pro ně možnost alespoň částečného nabytí původních schopností jediným možným východiskem. V tuto chvíli jsou motivováni ke spolupráci a každá jejich dobrá zkušenost jim dodává sebedůvěru. To, jaké zkušenosti získali v průběhu zhoršování stavu, při setkávání s lékaři, s reakcí rodiny a personálu zohledňuje vliv **psycho**.

Jakákoliv zkušenost provázená výrazně negativními nebo pozitivními emocemi má zdrcující dopad na budoucí jednání seniora. Jestliže jsem v průběhu výzkumu viděla v očích respondentů slzy, bylo to vždy spojeno výhradně s takovouto zkušeností. **Šok** ze ztráty partnera, **stres** prožitý při rehabilitaci, kdy personál neodhadne správně síly klienta, a ten si nese následek v podobě **fyzické bolesti a studu**, může být podnětem pro vznik nepřekonatelných bariér. Na opačném pólu, ale se stejným následkem se nachází zkušenost příjemná. Výčitky svědomí nebo vlastní sklony k přílišné péči, mohou vést některé příbuzné k domněnce, že jedinou dobrou věcí, kterou ještě mohou pro své blízké udělat je služba. Dělají to s láskou a v dobré víře. Následkem nadměrné péče je bezmocný klient, vyžadující naprostou oddanost a dokonalý servis. **Slastný to pocit**.

Reakce okolí na fyzické omezení klienta jsou součástí vlivu označeného jako **sociální**. Rozpoznat, zda se jedná o **subjektivní nebo objektivní hodnocení**, je obtížné. Na své schopnosti nahlíží klient očima vlastníma, ale vnímá i názory rodinných příslušníků, přátel nebo ošetřujícího personálu. V dnešní době mají nezanedbatelný vliv i masmédiá, která často prezentují názory na jakoukoliv problematiku natolik věrohodně, že mohou zásadně ovlivnit názor jednotlivce i celé společnosti. Pokud je pohled okolí pozitivní, je to pro seniora motivující a povzbudivé i v případě, že se nejedná o pohled objektivní. Naopak negativní názor na situaci klienta je pro něj limitující a jen málokterý si udrží víru v možnost zlepšení. Dalo by se očekávat, že názor odborného pracovníka, jako je např. lékař nebo zdravotní sestra, bude mít k pravdě blíže. A často tomu tak je. Stává se ale, že dochází k **bagatelizaci zdravotního stavu**. Následek takového jednání může být velký, protože lékaře či obecně jakékoliv odborníky, vnímají senioři jako velkou autoritu a jejich názor je pro ně doslova závazný. Klient, který je přijat do zařízení, přichází do zařízení formován výše popsanými vlivy. **Navrhovaná činnost** musí být v souladu s jeho

schopnostmi a možnostmi, byť si je často neuvědomuje, a obává se, že je nezvládne. Je třeba zvolit celostní přístup, pečlivě zvážit jakými úkony je nutné se zabývat. Možnost znovunabytí některé již ztracené schopnosti musí klient cítit jako dostatečně lákavou, aby byl motivován a spolupracoval. Takto získanou dovednost je třeba upevňovat, aby se pevně zakořenila v jeho životě a stala se jeho součástí. Jedině tak bude naplněna poslední **kategorie využitelnost**. Zisk ve formě zvládnání dříve běžných činností jako jsou úkony z oblasti hygieny, možnost se projít po chodbě a promluvit si se spolubydlícími na patře, sedět na vozíku a tím získat možnost zajet se nechat ostříhat k holiči, je smysluplný a mnoha lidem umožní alespoň částečný návrat do života.

Celý proces zobrazuje schéma 1



Obr. 1. Schéma provázanosti jednotlivých kategorií

Výchozí stav klienta je ovlivněn bio-psycho-sociálními vlivy. Navrhovaná činnost je odvozena z výchozího stavu. To, zda je přijata, a zda bude klient spolupracovat, ovlivňuje motivace. Motivace a spolupráce jsou v kooperaci. Výsledná využitelnost – tj. začlenění nové schopnosti do běžného života je zároveň novým výchozím stavem. Celý proces je možné opakovat s tím, že původní bio-psycho-sociální vlivy jsou nyní obohaceny o novou zkušenost.

7 VÝSTUPY Z KAZUISTIK A SHRNUÍ

Praktickým cílem tohoto výzkumu bylo nabídnout osobám, jež o seniory s fyzickým omezením pečují, návod jak k nim přistupovat a ukázat možnosti jejich rozvoje. Každý z respondentů, jehož jsem oslovila, prošel celým procesem několikrát. Všichni žijí v domově pro seniory s vědomím, že se již domů nevrátí. Práce s nimi mi byla potěšením i tehdy, když zrovna neměli svůj den a nespolupracovali. Výsledek v podobě znovunabytého sebevědomí a schopností mě naplňuje a podporuje k další práci.

Zde nabízím výstupy z jednotlivých kazuistik:

K1: chodící 81letý klient, bez zájmu, bez motivace, kromě jídla nevychází z pokoje a leží na posteli. Zveličuje zdravotní obtíže ve snaze zajistit si obsluhu personálem. Z vyjádření personálu: „Je to citlín, neustále upozorňuje na ten handicap, on je sám nesamostatný, potřebuje postrkovat pořád.“ Je znát, že personál nevidí příliš prostor pro aktivizaci klienta, protože ten nemá zájem. Při mé opakované návštěvě na pokoji si klient vždy sedl, působilo to na mě dojmem, že očekává konverzaci, ale sám ji nezačal.

Na první nabídky činností reaguje odmítavě, říká, že na to nestačí, nejraději by umřel, aby měl klid. Napadlo mne navrhnout mu, že si pro něj přijdu a osobně jej ozvu, jakmile bude program, který by se mu mohl líbit. Nebude muset nic dělat, jenom sedět a poslouchat. Když bude chtít, zapojí se. Na společenském klubovém dopoledni spojeném s konzumací výrobků jsem si všimla jeho slabosti pro cukrovinky. Sám je velmi šetrný a neutratí za ně ani korunu. Od této chvíle se mne při osobním pozvání vždy ptal, zda dostane něco dobrého. Pokud jsem mu informaci potvrdila, přišel sám. V současné době patří mezi jeho pravidelné aktivity cvičení paměti, šlapaní na rehabilitačním šlapadle a účast na společenských programech.

Doporučení pro praxi: podle mého názoru stačilo **najít motivační prvek**: sladkou odměnu a osobní pozvání. Bylo třeba **edukovat personál**, který klienta vnímal jako osobu, které se nechce. Při **větší spolupráci** se dosáhlo nabourání stereotypního chování: „Jemu se nechce, tak jej nebudeme nutit.“ Tímto postojem docházelo ke zbytečné separaci klienta od kolektivu a k nepochopení jeho potřebě-být středem pozornosti a odměněn.

Kazuistika respondenta K1 je součástí přílohy č. 2

K2: 76 let, ležící, částečně pohyblivé končetiny, sama se neposadí, krmena, polohována. Nevyvíjí aktivitu, po smrti manžela není v dobré psychické kondici. Dle jejích slov: „*Když jsem se dověděla, že je mrtvý, já jsem myslela, že zblbnu.*“ Z domácího prostředí je zvyklá jak vyplynulo z rozhovoru s dcerou nadměrně využívat péče rodiny. Tu nyní vyžaduje od nevidomé spolubydlící.

Navrhované činnosti: jíst a pít bez pomoci, pravidelně cvičit horní i dolní končetiny, zazvonit si, pokud potřebuje pomoc personálu. Jak vyplynulo ze záznamů péče: „klientka se v průběhu prvních dvou měsíců částečně adaptovala a začala spolupracovat“. Při prvních rozhovorech příliš nechápala, z jakého důvodu by měla některé činnosti provádět sama. Také citlivě reagovala na výhrady k obtěžování spolubydlící. Cítila se ukřivděně a nemluvila se mnou. Postupně jsme navázaly bližší vztah. **Využila jsem** zvláště ironického **způsobu řeči a přizpůsobila se mu**. Spojila jsem každodenní ranní cvičení s edukačně laděným hovorem.

Uplatnění: Záznam personálu po dvou měsících uvádí: „sama provádí ústní hygienu, nají se a napije“. O dva měsíce později klientka krátkodobě sedí na toaletním křesle a pokračuje v rehabilitaci. V současné době živě komunikuje, obnovené samoobslužné činnosti má upevněny.

Doporučení pro praxi: překonat nechuť klienta, který je zvyklý na nadměrnou péči, a není v dobré psychické kondici, není snadné. Každá **nejednotnost v přístupu personálu** se ihned projeví relapsem k původní pasivitě. Důležitým prvkem byla **důsledná, průběžná edukace klientky** i personálu a spolupráce s rehabilitační sestrou. Z březnového záznamu vyplývá že: „bylo nutnosti provádět činnosti personálem, stačí podpora“.

Kazuistika respondenta K2 je součástí přílohy č. 3

K3: 82 let, ležící, posadí se s podporou, sama se nají, napije, ale neobleče, verbální, s navrženou činností vyjadřuje souhlas, ale při náznaku její realizace ztrácí odvalu a uléhá do postele. Z rozhovoru s klientkou vyplynulo, že: „*ráda zpívá, vždycky chodila mezi lidmi*“. Je fixovaná na svoji spolubydlící, která jí pomáhá. Díky **přátelství** s ní zrušila i žádost o umístění na samostatný pokoj. Ke spolupráci přistupuje váhavě, neustále se ujišťuje, že nás neobtěžuje. Sblížil nás společný **zpěv**, při rozhovorech mne klientka **držela za**

ruku. Opakovaným **zklidňujícím rozhovorem** a argumentací typu: „My vás dáme na vozík a převezeme do klubovny. Tam si s námi zazpíváte. Jakmile se nebudete cítit dobře, **ihned vás odvezu** na pokoj, i kdyby to mělo být za 5 minut.“, jsem dosáhla **zmírnění strachu.** Uplatnění: díky účasti na aktivitě společného zpívání se zmírnilo sociální vyloučení klientky, které velmi těžce nesla. K dnešnímu dni ji limitují spíše zdravotní obtíže, strach je až na druhém místě. Pokud se programu zúčastní, vydrží zhruba 1 hodinu. Pravidelně rehabilituje, i když s kolísavým zájmem.

Doporučení pro praxi: nejdůležitějším prvkem bylo zabezpečení **bazálního komfortu** klientky. Ten jsem zajistila umístěním vozíku u stolu, kde se mohla rukou dotýkat spolubydlící, a dobrým **přístupem vzduchu.** Neustále jsem **monitorovala** aktuální **stav** klientky a **udržovala oční kontakt.** Při náznaku nevolnosti nebo strachu jsem **reagovala okamžitě** a klientku odvezla na pokoj. Nepříjemným zjištěním pro mne byla prvotní reakce personálu, který: „se nebude kvůli ní pro pár chvil natáhat“. Potvrdilo se mi tak, že klientčiny obavy z obtěžování nebyly liché. Opět se mi vyplatila **klidná důslednost a edukace** jak klientky, tak personálu.

Kazuistika respondenta K3 je součástí přílohy č. 4

K4: 80 let, ležící, sám se posadí, provede základní hygienu. Tichý, občas upadá do úzkostných stavů, pláče. Spolubydlící se na jeho adresu vyjadřuje pohrdlivě. Málo komunikuje, společných aktivit se neúčastní. Aktivně rehabilituje s rehabilitační sestrou.

Návrh činnosti: možnost samostatně se pohybovat pomocí invalidního vozíku klient vděčně přijal. Považuje jej výhradně za pomůcku ke cvičení přesunu z postele a posílení rukou. Jiné možnosti nevidí. Při společných rozhovorech se svěřil personálu, že by rád sledovat sportovní zprávy a zápasy v televizi. Nabídnutou možností využít TV v klubovně byl nadšen. Píle klienta si všimli spolubydlící, povídali si s ním i přes jeho ostych. Nabídku jezdit se do klubovny i stravovat zprvu klient nepřijal, přestože se zde zúčastňoval cvičení paměti. Řekl: „*nechám si to projít hlavou, ale nevidím to...*“ Z následného hovoru vyplynulo, že má obavy, aby se na místo dostal, zmínil i potíže s kousáním potravy a obavy z hodnocení okolí maskoval slovy: „*tak v tom případě u mě zvítězila pohodlnost*“. Napadlo mne přestavět zařízení klubovny tak, aby vznikl prostor pro vozík a natrénovat příjezd ke stolu s klientem. Nevím, zda se zbavil obav nebo mi chtěl udělat za mé úsilí radost, ale

dověděla jsem se: „*hezky jste to na mě nachystala, tak sem budu jezdit na obědy*“. Trvalo 14 dní, než si klient zvykl v myšlenkách na možnost stravovat se ve společnosti jiných osob. V tu dobu se zřejmě se svojí obavou svěřil klíčovému pracovníku, který mi pak sdělil: „neměli bychom jej nutit, on je již starý a má právo na svůj klid“. **Vysvětlila jsem svoje stanovisko** a postup. Došli jsme k závěru, že uvidíme, až k jakému řešení se klient sám přikloní.

Doporučení pro praxi: překážky ve formě studu a obav jsou časté. Klient **nevidí** prvotně **zisk s nabízené činnosti**, ale zabývá se myšlenkami na to, jak bude vypadat před ostatními. Na každou vyřčenou obavu nebo připomínku jsem **reagovala** tak, abych **překážky odstranila**. Přestavěla jsem klubovnu, společně jsme trénovali manipulaci s vozíkem v prostoru klubovny. Vysvětlení, že potíže s konzumováním potravy nemá klient sám, bylo pro něj srozumitelné a akceptoval jej. Vyplatila se mi **spolupráce s klíčovým pracovníkem**. Velmi dobře reaguje na potřeby klienta a aktivně pro něj **vyhledává nové možnosti**. Měli jsme společný cíl a jeho připomínky jsem vždy brala jako podnětné. Výsledkem spolupráce: motivovaný klient + motivovaní a zainteresovaní pracovníci je fakt, že všechny z navrhovaných činností byly postupně klientem přijaty a integrovány. Přestože možnost chůze o berlích je u něj nejspíše hraniční, a nejspíše jí nedosáhne, považuji tohoto klienta za příklad rčení: „kdy se chce, všechno jde“.

Shrnutí: Z jednotlivých kazuistik pro mne vyplývá, že samotné fyzické omezení není tím nejdůležitějším vlivem, který formuje vztah klienta k sobě a pohled jeho okolí na něho. **Působení psycho - sociálních vlivů má mnohem větší vliv na motivaci a následnou spolupráci**. Zkušenost provázená výrazně negativními nebo pozitivními emocemi má mnohem větší váhu v náhledu na svoji osobu než samotný fakt, že po fyzické stránce člověk již není plně funkční.

8 ZÁVĚR

Tématem mé práce byla péče o seniory s fyzickým postižením v domově pro seniory. Samotné ošetřování osoby s takovým handicapem je těžké a nezáleží na tom, zda je prováděno v domácích podmínkách nebo v pobytovém zařízení. Institucionalizovaná péče se řídí přesně stanovenými pravidly, ale má, oproti té domácí, svoje výhody v podobě školeného personálu. Ten by měl být schopen svoji odbornost řádně využívat. Výhodou domácí péče může oproti tomu být dobrá znalost osoby, o kterou je pečováno. Ta, přinejmenším na počátku péče, při příchodu do zařízení chybí. Nově příchozí klient není „tabula rasa“. Má svoji historii, která formovala jeho pohled na sebe i svět kolem něho. Při příchodu do zařízení má svoje představy, které nemusejí být v plném rozsahu naplněny, protože neodpovídají realitě.

Rozdílné mohou být i představy o způsobu trávení posledních let života. Někteří si je přejí prožít co nejaktivněji a zodpovědnost za svůj stav vědomě třímají ve svých rukách. Jiní se těší na to, že už nebudou muset nic dělat. Nemalá skupina seniorů si přeje „pouze“ zemřít. Dva postoje z výše uvedených mohou narážet na jeden z hlavních cílů zařízení. Je jím aktivní podpora samostatnosti v oblasti sebeobsluhy.

V teoretické části práce se zabývám všemi důležitými aspekty, které formují klienta od výchozího po výstupní stav. Vše ovlivňuje průběh procesů učení, motivace, spolupráce a odolnosti, za důležité účasti komunikace mezi seniorem, personálem a rodinou.

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zmapovat faktory vedoucí ke zhoršování stavu seniora a k subjektivnímu pohledu na svoje schopnosti v oblasti rozvoje svého pohybu. Analýza kazuistik a rozhovorů poukázala na fakt, že samotné fyzické postižení je jen jedním z aspektů v soukolí všech procesů a zdaleka nemusí být tím nejdůležitějším, který hraje roli v celkovém stavu klienta. Praktickým cílem bylo nabídnout úhel pohledu jak přistupovat k seniorovi s fyzickým postižením, a ve kterých oblastech se dají hledat jeho zdroje.

Tématem diplomové práce chci poukázat na důležitost celostního pohledu na člověka. Jeho životní dráha se dá pojmout jako kontinuum velkého souboru procesů různé intenzity a kvality, vzájemně se ovlivňujících, jež končí až smrtí. Do té doby není nikdy nic ztraceno.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAKOŠOVÁ, Zlatica, 2008. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, Filozofická fakulta. ISBN 978-809-6994-403.
- [2] CAKIRPALOGLU, Panajotis, 2004. *Psychologie hodnot*. Votobia s.r.o. ISBN: 80-7220-195-6.
- [3] ČÁP, Jan a Zdeněk DYTRYCH, 1968. *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. 84-0-113.
- [4] DANZER, Gerhard. 2001. *Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8456-7.
- [5] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [6] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [8] HUČÍK, Ján a Alena HUČÍKOVÁ, 2009. *Kazuistika v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. ISBN 978-80-89271-66-
- [9] KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*: Grada Publishing a.s. ISBN 978-802-4721-699.
- [10] KOPŘIVA, Karel, 1997. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál. ISBN 80-717-8150-9.
- [11] KOUKOLÍK, František a Jana DRTILOVÁ, 2001. *Zlo na každý den. Život s deprivanty I*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-088-6.
- [12] KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku: přístupy - dovednosti - poruchy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.

- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví: celostný pohled na zdraví těla i duše*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-807-3675-684.
- [14] KURIC, Jozef, 2000. *Ontogenetická psychologie*. Brno: CERM. ISBN 80-214-1844-3.
- [15] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 1998. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-716-9195-X.
- [16] MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [17] MAREČKOVÁ, Jana, 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1399-3.
- [18] MASTILIAKOVÁ, Dagmar, 2004. *Úvod do ošetrovatelství I. díl, systémový přístup*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-8063-247-2
- [19] MATOUŠEK, Oldřich, 2008a. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0
- [20] MATOUŠEK, Oldřich a Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ, 2005b. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-736-7002-X.
- [21] MUSIL, Libor, 2004. *"Ráda bych Vám pomohla, ale--": dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903-0701-9.
- [22] MÜHLPACHR, Pavel, 2001. *Sociální patologie: přístupy - dovednosti - poruchy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2511-5.
- [23] NAKONECNÝ, Milan, 1997. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2., rozšířené vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-0625-7.
- [24] PAULÍK, Karel, 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.
- [25] PICHRTOVÁ, Doubravka. *Aktivizace seniorů - co přináší praxe z pohledu aktivizačního pracovníka*. Brno, 2009. DP. Masarykova Univerzita, Pedagogická fakulta.
- [26] PLAŇAVA, Ivo, 2005. *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy - dovednosti - poruchy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0858-2.

- [27] POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [28] ŘÍČAN, Pavel, 2008. *Psychologie: příručka pro studenty*. 2. dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-807-3674-069.
- [29] STRIEŽENEC, Štefan, 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava. ISBN 80-967-5890-X.
- [30] ŠVARÍCEK, Roman a Klára ŠEDOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: ISBN 978-80-7367-313-0.
- [31] VÁGNEROVÁ, Marie, 2000a. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8308-0.
- [32] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004b. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-717-8802-3.
- [33] VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [34] VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-705.
- [35] NARODNÍ PROGRAM přípravy na stáří na období let 2008 až 2012: kvalita života ve stáří. Praha: MPSV, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
- [36] Bezpečná péče: Asociace průvodců v problematice rizikového chování [online]. 2012 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: www.restrikce.cz
- [37] ČESKO. Zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
- [38] ČESKO. Zákon č. 372/2011 sb. O zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011.
- [39] *Zdravé stárnutí: výzva Evropě : stručná verze*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2008. ISSN 978-80-7071-302-0.

- [40] LAKHAN, Shaheen. The Biopsychosocial Model of Health and Illness. In: *Connections* [online]. 2006 [cit. 2013-04-25]. Dostupné z: <http://cnx.org/content/m13589/latest/>
- [41] CSZÚ. In: *CSZU* [online]. 1.10.2012. [cit. 2013-04-24]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/tz.nsf/i/csu_statistiky_nezkresluje20121001

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation)
NANDA	North American Nursing Diagnostics Association
BPS	Bio-psycho-sociální

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1 Schéma provázanosti jednotlivých kategorií

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Vzniklé kategorie

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I Záznamový arch sociálně pedagogické kazuistiky

Příloha č. II Kazuistika K1

Příloha č. III Kazuistika K2

Příloha č. IV Kazuistika K3

PŘÍLOHA P I: ZÁZNAMOVÝ ARCH SOCIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ KAZUISTIKY

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE

Jméno, ročník, pohlaví
datum nástupu do zařízení
datum prvního kontaktu
datum zahájení aktivizační činnosti
datum ukončení aktivizační činnosti
věk v době probíhající činnosti
výše příspěvku na péči

II. DIAGNOSTIKA-ANAMNÉZA

co všechno vykonal
jaká je verze příčiny vzniku onemocnění
přístup rodiny
přístup sám k sobě
styl výchovy
zájmy
životní styl
kdo pečoval dříve a jak
vznik problému
osobní tempo
těžkosti v návrhu činnosti
důsledky na život seniora

III. STATUS PRAESENS (současný stav v době návrhu aktivizace)

obraz o jeho chování, projevy klienta
úroveň sociálního chování
popis vzhledu
jak se o sebe stará jaké má zájmy
momentální problém co chci řešit
spolupráce
pozitiva: na čem mohu stavět
stanovení cíle

IV. PROGNOZA

formulace možností klienta a individuální. rozvojový plán
naznačení tendence vývoje
vytyčení potenciálních možností klienta – subjektivní odhad
krátkodobá, dlouhodobá prognóza
na čem stavět. co vyzdvihnu, co je třeba korigovat, utlumit

V.KATAMNÉZA

zpětná vazba

dělá to i teď a jak často

časové období co kdy bylo za potíže

strategie plnění cílů – použité metody

způsob aktivizace-odborná činnost

VI. HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

VII. UKONČENÍ

PŘÍLOHA P II: KAZUISTIKA K1

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE

jméno: K1 ročník: 1930 pohlaví: M
datum nástupu do zařízení: 12. 5. 2004
datum prvního kontaktu: 10. 10. 2011
datum zahájení aktivizační činnosti: listopad 2011
datum ukončení aktivizační činnosti: listopad 2012
věk v době probíhající činnosti: 82 let
výše příspěvku na péči: I – lehká závislost (stejný po celou dobu pobytu v zařízení)

II. DIAGNOSTIKA-ANAMNÉZA

Jedináček, svobodný, žil sám s matkou, která o něj pečovala. Direktivní, pečující styl výchovy. Po její smrti neúspěšný pokus o sebevraždu s následkem snížení hybnosti prstů a dlaně levé ruky.

Vzdělání: vyučen

Zaměstnání: strojař

Zájmy: vyřezával ze dřeva, osvětloval loutkové divadlo, společenské stolní hry. Nikdy nesportoval.

Těžkosti v návrhu činnosti: stále upozorňuje na „tu ruku“, že to nezvládne, stěžuje si na paměť.

Důsledky na život seniora: postupné sociální vyloučení a zhoršování sebeobsluhy v důsledku domnělého zhoršování zdravotního stavu.

III. STATUS PRAESENS (současný stav v době návrhu aktivizace)

Orientovaný, chodící klient, zhoršená stabilita chůze. Tichý, mlčenlivý, samotářský, neaktivní. Klidné tempo chůze i projevu. Sám se obleče, provede denní hygienu, nají se, dochází do jídelny.

Se spolubydlícími na pokoji nekomunikuje, sám rozhovor nezačne, na jejich otázky odpovídá.

Nemá snahu spolubydlícím nijak pomáhat, nezajímá se o ně.

Momentální problém: postupně se přestal účastnit programů, zůstává na pokoji v posteli. Občas si pustí TV na pokoji nebo si zajde 2x za měsíc na promítání filmů do klubovny. Vyhledává důkazy o zhoršování svého zdravotního stavu s cílem upozornit na svoji osobu. Zveličuje zdravotní obtíže ve snaze zajistit si obsluhu personálem. Pokud personál nemá zrovna čas provede požadované úkony sám.

Spolupráce: na první nabídky aktivit reaguje odmítavě, říká, že na to nestačí, nebude to umět, nezvládne to, kvůli ruce, že ho bolí.

Pozitiva: nechá se přemluvit, motivací je pro něj drobná sladkost a projevená pozornost.

Stanovený cíl: pravidelná pohybová a mentální aktivita: jízda na šlapadle 1x týdně, cvičení paměti 1x týdně s cílem narušit sociální vyloučení, posilovat paměť a udržet dosavadní úroveň chůze (schopnost samostatně dojít do jídelny, klubovny)

IV. PROGNOZA

Klient může chodit, je orientovaný, poškození levé ruky je trvalé.

Pokud bude výběr aktivit ponechán pouze na úsudku seniora, bude docházet k úpadku jeho schopností. V případě podpory k aktivitám se tento degradující průběh zpomalí.

Klient je schopen zúčastnit se navržených aktivit výhradně na osobní pozvání. Z vlastní vůle přijde zcela výjimečně.

Krátkodobá prognóza: nutná pravidelná motivace a osobní pozvání, pak jde, umí ale i projevít vlastní vůli a odmítne, pokud se mu opravdu nechce nebo mu není dobře.

Dlouhodobá prognóza: vzhledem k trvalému poškození levé ruky je nutné zaměřit se na korekci úzkostí z domnělé neschopnosti, pravidelnost. Aktivním přístupem lze udržet stávající hybnost i sociální kontakt.

V. KATAMNÉZA

Klient se zapojuje do naplánovaných činností, v průběhu roku odmítá pouze několikrát. Na některé aktivity přichází již automaticky, bez pozvání.

Sledované časové období: 11/2011-11/2012

způsob aktivizace-odborná činnost: rozhovory s klientem, podpora klienta na aktivitách, konzultace s rehabilitační sestrou a edukace ošetřujícího personálu.

VI. HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Klient se pravidelně účastní navržených aktivit.

VII. UKONČENÍ

Záměr udržet seniora na výchozí úrovni byl splněn. Rozšířily se možnosti jeho zapojení do kolektivu a zvýšila se fyzická aktivita. V nastaveném plánu budeme pokračovat. Cílem je stále zapojení seniora do kolektivu za podpory veškerého personálu. Účast na společných programech – motivuje instruktorka.

PŘÍLOHA P III: KAZUISTIKA K2

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE

jméno: K2 ročník: 1936 pohlaví: Ž
datum nástupu do zařízení: 24. 7. 2012
datum prvního kontaktu: 25. 7. 2012
datum zahájení aktivizační činnosti: 25.7.2012/ 7.9.2012
datum ukončení aktivizační činnosti: pokračujeme
věk v době probíhající činnosti: 76
výše příspěvku na péči: 4

II. DIAGNOSTIKA-ANAMNÉZA

Vdova, nemá sourozence, jedna dcera, matka starší, ani hodná ani špatná, moc si nepadly do oka.

Vzdělání: základní, kurz sanitářky

Zaměstnání: sanitářka (dnes pečovatelka v přímé péči)

Zájmy: v mládí ruční práce: pletení, háčkování. Žádné sportovní aktivity.

Verze příčiny vzniku onemocnění: potíže s koleny, bolest, nemohla chodit, padala na zem, po operaci jednoho kolene zlepšení, chodila, přestěhovala se s manželem do zařízení s pečovatelskou službou. Po operaci druhého kolene zhoršení, chůze s oporou, po další hospitalizaci návrat do zařízení jako ležící. Následuje ochabnutí rukou. Uvádí bolesti ramen, ochabnutí. Po smrti manžela zhoršení fyzického i psychického stavu. Ztratila zájem o svoji osobu, leží v posteli, sama se nenají, neumyje, neučeše. V zařízení pečoval o klientku především manžel a personál v zařízení.

Těžkosti v návrhu činnosti: sama nevyvíjí aktivitu směrem ke zlepšení svého zdravotního stavu, vyžaduje péči ošetřujícího personálu i od své nevidomé spolubydlící. Nutná asistence při vedení klienta směrem k samoobsluze a rehabilitaci.

Důsledky na život klientky: ztráta schopnosti sebeobsluhy, zcela odkázána na péči ošetřujícího personálu, sociální vyloučení.

III. STATUS PRAESENS (současný stav v době návrhu aktivizace)

Orientovaná klientka (místem, časem i prostorem), ležící, sama se neposadí ani neotočí na bok, končetiny pohyblivé, i když v omezeném rozsahu, motorika prstů snižená. Usedí s oporou zad, na nohy se nepostaví. Dobře vidí, slyší i komunikuje. Nadváha.

Nutná pomoc personálu ve všech oblastech: krmení lžící, denní hygiena, oblékání, polohování. Je schopna sdělit své potřeby. Sleduje TV, umí přijmout hovor na mobilním telefonu. Je v kontaktu s dcerou, která žije v zahraničí.

Momentální problém: ztráta hybnosti, schopnosti sebeobsluhy, apatie ke své osobě v důsledku ztráty partnera, nechuť ke získání samostatnosti s sebeobsluzou, vyžadování péče od personálu nad rámec svého stavu.

Spolupráce: navrhované činnosti má snahu provádět zpočátku pouze za asistence personálu, říká, že by ráda některé činnosti zase dělala, ale motivace k jejich provádění kolísá dle momentální nálady.

Pozitiva: Postupně si činnosti osvojuje a je schopna některé vykonávat již po pobídce samostatně.

Stanovený cíl: obnovit sebeobslužné úkony - schopnost se sám najíst, učesat, umýt obličej, vyčistit chrup, nasadit si protézu, užít nachystané léky. V oblasti hybnosti zajistit schopnost klientky pohybovat se v lůžku, se slovní pomocí personálu vlastní silou při manipulaci

klientky: přidržení se pomocné tyče, horizontální posun v lůžku, nazdvižení beder při výměně inko pomůcek, aktivní pomoc pohybem při převlékání.

IV. PROGNOZA

Klientka není v současné době v dobré psychické kondici vlivem nečekaného úmrtí manžela a nutnosti přestěhování z důvodu rušení služby v původním zařízení. Motivace k sebeobsluze je malá, je zvyklá využívat pomoci svého okolí. Při úspěšné adaptaci a po navázání bližšího kontaktu je předpoklad, že bude spolupracovat při navrhovaných činnostech.

Je schopna vyjádřit svá přání a potřeby, usedí v lůžku, hýbe v omezeném rozsahu končetinami.

Krátkodobá prognóza: při každodenní motivaci, podpoře a vedení k jednotlivým činnostem je předpoklad, že se stav klientky bude pozitivně vyvíjet směrem k rozšíření sebeobslužných úkonů.

Dlouhodobá prognóza: vzhledem k menší snaze klientky vyvíjet pohyb je její přání znovu s oporou chodit spíše nemožné.

Předpoklad rozvoje samoobslužných činností je dobrý. Je nutná podpora již zvládnutých činností veškerým personálem. Nejednotnost v přístupu personálu povede k jejich ztrátě.

V. KATAMNÉZA

Postupné zlepšování v sebeobsluze u denních činností: sama se nají, učeše po stranách hlavy, nachystá si vitamíny, užije léky, cvičí v lůžku, posune se v posteli horizontálně, otočí se na bok s dopomocí, vyčistí si zuby. Sleduje televizi, povídá si se spolubydlící, usedí na toaletním i koupacím křesle. Kontakt s jinými uživateli prozatím odmítá. Pravidelně cvičí s rehabilitační sestrou, s jejíž dopomocí se postaví krátce na pravou nohu celou váhou, levá je nadále málo citlivá. Chtěla by sedět sama v křesle a má přání chodit s oporou.

Sledované časové období: 7/2012- 3/2013

Způsob aktivizace-odborná činnost: denní rozhovor s klientkou, motivace k samostatnému provádění činnosti pod dohledem, konzultace s rehabilitační sestrou a ošetřujícím personálem.

VI. HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Klientka denně provádí samoobslužné činnosti v navrženém rozsahu. Zlepšení duševního stavu, spolupracuje a plánuje si do budoucna možnost chůze s oporou.

VII. UKONČENÍ

Klientka zvládá všechny navržené činnosti s výjimkou nazdvižení beder, čímž byl splněn záměr rozvinout její schopnosti do původního stavu před úmrtím partnera. Nadále rehabilituje. Plán činností personálu je upraven dle stávajících schopností klientky, ubylo nutnosti provádět činnosti personálem, stačí podpora.

PŘÍLOHA P IV: KAZUISTIKA K3

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE

jméno: K3 ročník: 1930 pohlaví: Ž
datum nástupu do zařízení: 24. 7. 2009
datum prvního kontaktu: 28. 9 2011
datum zahájení aktivizační činnosti: únor 2012
datum ukončení aktivizační činnosti: pokračujeme
věk v době probíhající činnosti: 82
výše příspěvku na péči: 3

II. DIAGNOSTIKA-ANAMNÉZA

2x vdaná, po rozvodu byla 13 let sama, pak se vdala, nyní vdova. Měla 1 dítě, které již zemřelo. Rodiče byli hodní, otec ji nikdy neuhodil a matka „polépcovala“. Měla jednoho sourozence.

Vzdělání: základní, pak se musela starat o rodiče a šla hned pracovat.

Zaměstnání: pracovala jako dělnice, pak mzdová účetní a vedoucí účtárny, v důchodu ještě pracovala v zemědělském družstvu.

Zájmy: šití, tanec, vše kolem hospodářství, chalupničení.

Vlastní verze příčiny vzniku onemocnění: začala padat dozadu, nejprve za ní chodil vnuk i vnučka, potom spadla a „ulomila si nohu v kotníku“. Do zařízení přišla jako chodící. Měla závratě. Jezdila po chodbě na vozíku. Z důvodu, který si nepamatuje, byla hospitalizována v nemocnici a z ní se vrátila jako ležící. Sestřička v nemocnici paní postavila na nohy navzdory zprávě, že je u paní možnost pádu. Klientka ihned upadla a od té doby má strach se postavit.

Těžkosti v návrhu činnosti: velký strach z pobytu mimo lůžko, bojí se postavit, obavy, že je těžká a personál se s ní musí „natáhat“, proto raději možnost přesunu na vozík odmítá.

Důsledky na život seniora: upoutání na lůžko. Sociální vyloučení, ztráta možnosti provozovat záliby jako je např. zpěv ve skupině.

III. STATUS PRAESENS (současný stav v době návrhu aktivizace)

Orientovaná klientka, upoutána na lůžko, ve kterém se s dopomocí posadí, nají se, umyje žinkou, učeše. Je komunikativní, má smysl pro humor, střídání nálad odpovídá proměnlivému zdravotnímu stavu. Sama se neobleče, nepřesune mimo lůžko, krátce usedí na vozíku, s velkou pomocí rehabilitační sestry se postaví na nohy a udělá krok.

Momentální problém: strach klientku udržuje v lůžku, kde má pocit bezpečí a ochrany před pádem. Nerada využívá pomoci personálu, proto odmítá i účast na oblíbených aktivitách.

Spolupráce: verbálně vyslovuje souhlas, v dohodnutý čas je nachystaná ke spolupráci, ale při pokusech o posazení nebo přesazení na vozík vyjadřuje obavy, uléhá zpět na lůžko, ztrácí odvahu.

Pozitiva: velmi ráda zpívá a její spolubydlící se účastní programu zpívání, o kterém na pokoji mluví. Při dobrém vedení a spolupráci personálu dokáže krátkodobě strach překonat a umožní přesun. Se spolubydlící, které velmi důvěřuje má snahu se posazovat.

Stanovení cíle: přesun z lůžka na vozík a účast na aktivizačním programu zpívání, rehabilitace s rehabilitační sestrou.

IV. PROGNOZA

Zdravotní stav klientky nebrání sezení a schopnosti sedět cca půl hodiny na vozíku a účasti na programu. Pokud zvládne svůj strach, je možné s ní pracovat.

Pokud si zvykne na možnost, že se přemísťuje, a získá dobrou zkušenost, bude možné rozšířit seznam aktivit, které by mohla vykonávat. Možnost samostatné chůze spíše vyloučena, na nohou neustojí.

Krátkodobá prognóza: nutná spolupráce dalšího personálu, pokud necítí oporu v personálu, nespolupracuje. Možná krátkodobá účast na programu, testování schopnosti udržet se v sedě.

Dlouhodobá prognóza: Upevnění sebejistoty při přesunu, schopnost vydržet na celém programu cca 1,5 hod. Klientka si uvědomuje svůj strach a ví, že je pouze zčásti oprávněný. Má snahu spolupracovat a velmi ji motivuje možnost společných aktivit. Je komunikativní, ráda si povídá a není uzavřená rozhovoru o svých možnostech. Málo si věří.

V. KATAMNÉZA

Klientka se v pravidelném čase účastní aktivizačního programu „zpívání“. Pokud jí to zdravotní stav dovolí. Sama (nebo s pomocí spolubydlící) již sedí na posteli a čeká, až přijde personál s vozíkem, na který se přesune s dopomocí. Stále má obavy ze ztráty stability. Na programu usedí hodinu, potom je převezena zpět na pokoj. 2x týdně rehabilituje s rehabilitační sestrou: krátce se postaví z vozíku s přidržením u madla na nohy, šlape v šlapadle.

použité metody: konzultace s rehabilitační sestrou, motivační rozhovory, pozorování v průběhu aktivizace, častá zpětná vazba-dotazování na aktuální stav klientky, bazální komfort pro klientku: zajištění přítomnosti spolubydlící, bezpečné umístění v prostoru, větrání, oční kontakt.

VI. HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Klientka využívá možnosti účastnit se programu a pravidelně rehabilituje.

VII. UKONČENÍ

Klientka částečně zvládá navrhované činnosti. Přesun z lůžka na vozík je nutné provádět za pomoci 2 osob a slovní podpory, jinak se vrací obavy z možnosti pádu. Trpí nevolností, proto je třeba při účasti na aktivizačních programech neustále monitorovat aktuální stav a rychle reagovat na případnou indispozici.

PŘÍLOHA P V: KAZUISTIKA K4

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE

jméno: K4 ročník: 1932 pohlaví: M
datum nástupu do zařízení: 20. 5. 2011
datum prvního kontaktu: říjen 2012
datum zahájení aktivizační činnosti: 11/2012
datum ukončení aktivizační činnosti: pokračujeme
věk v době probíhající činnosti: 80-81
výše příspěvku v době pobytu: III po celou dobu pobytu v zařízení

II. DIAGNOSTIKA-ANAMNÉZA

Ženatý, 1 dítě (postížený), manželka v době počátku aktivizace pobývá mimo DS. Rodiče hodní, bezproblémoví, občas dostal. Povaha klidná. Žil s manželkou v rodinném domku.

Vlastní verze příčiny onemocnění: vlivem opakovaných mozkových příhod hospitalizován na LDN, dále opakované pády s následkem zlomeniny krčku stehenní kosti a zlomené páteře.

Vzdělání: vyučen

Zaměstnání: obchodní příručí v koloniálu

Zájmy: dříve aktivní sportovec, gymnastika, fotbal, lyžování, hokej, jízda na kole, motorismus. Nyní zájem o celospolečenské dění, šachy, TV.

Těžkosti v návrhu činnosti: Obavy z hodnocení okolí, aby nebyl pro smích.

Důsledky na život seniora: upoután na lůžko, sociální vyloučení, nemožnost aktivního pohybu a sebeobsluhy, snížená psychická odolnost.

III. STATUS PRAESENS (současný stav v době návrhu aktivizace)

Orientovaný místem, časem i prostorem, ležící klient, tichý, klidný, pilně rehabilituje, občas upadá do úzkostných stavů. Nepříliš společenský, preferuje činnosti mimo kolektiv. Se spolubydlícím téměř nekomunikuje, protože ten jej slovně ponižuje. Chybí mu manželka, která za ním pouze dochází.

Momentální problém: ležící, částečně inkontinentní, neudrží se na nohou, neúčastní se žádných aktivit, trpí obavami o manželku, pláče.

Spolupráce: dobře spolupracuje s rehabilitační sestrou, návrhy na jiné druhy činností než je cvičení odmítá s obavami, nutná slovní podpora, po čase je začne zkoušet.

Pozitiva: Velmi motivovaný k pohybu, při dobré argumentaci budoucích výhod přistoupí po čase na navrhovanou činnost.

Stanovení cíle: posílení dolních končetin rehabilitací, samostatná obsluha invalidního vozíku, přesun na vozík, jízda po chodbě.

IV. PROGNOZA

Klient má pohyblivou horní část těla, je schopen se posadit, dolní končetiny pohyblivé, ale neunesou celou váhu klienta. Dle vyjádření rehabilitační sestry je pravděpodobné, že toto omezení bude limitující a trvalé. Rozhodujícím faktorem je čas, a to jak při postupující rehabilitaci dolních končetin, tak i v přípustění klientem, že je možné pohyb na vozíku dále využít k navazujícím činnostem, jako je možnost použít samostatně WC, stravovat se mimo vlastní pokoj atp.

Navazující činnosti jsou v možnostech klienta, důležitý bude dobrý psychický stav, který u něj ovlivňuje motivaci a ponechání času na rozmyšlenou u aktivit, které narážejí na jeho obavy z hodnocení okolí. Po čase se prozatím vždy k aktivitě přiklonil.

Krátkodobá prognóza: klient bude schopen naučit se pohybovat pomocí invalidního vozíku

Dlouhodobá prognóza: Pravidelnou motivací a vyzdvihováním nových možností klientovi je možné dosáhnout rozšíření schopností klienta v oblasti sebeobsluhy a rozšíření možnosti účastnit se samostatně zájmových činností. Požadovaného vlastního cíle – samostatné chůze o berlích spíše nedosáhne, ale ponecháme jako vzdálený cíl.

V. KATAMNÉZA

Klient se naučil používat invalidní vozík, sám si na něj sedne a přepraví se vlastním ručním pohonem na toaletu, jezdí po chodbě, používá výtah. Téměř denně rehabilituje, provádí předepsané cviky, s rehabilitační sestrou trénuje chůzi v chodítku s oporou, jednou se pokusil o chůzi s pomocí berlí. Sám se účastní aktivizačního programu cvičení paměti, případně vystoupení hostů. Překonal svoje obavy z posměchu a 2x denně se stravuje v klubovně na patře, kde si po přestávce může zajet ke stolu s vozíkem. Zapojuje se do hovoru s ostatními klienty, především muži.

Sledované časové období: 11/2012- 3/2013

Způsob aktivizace-odborná činnost: pravidelné rozhovory s klientem, rehabilitace, cvičení paměti, terapeutický rozhovor

VI. HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

Klient používá všechny dovednosti, které se naučil v rámci plánu. Je nadále motivován k dalšímu posunu, těší se na přijetí manželky do zařízení.

VII. UKONČENÍ

Záměr rozšířit sebeobslužné úkony u klienta a jeho možnost samostatného pohybu byl splněn. Klient je v dobrém psychickém stavu, je méně uzavřený a má více důvěry v personál a jeho návrhy.

V průběhu aktivizace docházelo k padání bariér nejen u klienta samotného, ale také u klíčového pracovníka, který zpočátku nebyl nakloněn všem navrhovaným aktivitám, ale po úspěchu a přijetí klientem sám navrhoval aktivně další možnosti.