

ÚVOD

„Všichni stárneme. Dnes jsme mladší, nežli zítra. Zítra budeme starší, nežli dnes. Žít dobře znamená i dobře stárnout. A dobře stárnout znamená žít dobře. Stárnutí se nevyhneme – jde o to je dobře přijmout – jako dar – a moudře s ním hospodařit. Z tohoto daru života se chceme radovat a vytvořit z něj něco dobrého, ba pokud možno – to nejlepší, co je v našich silách“

Jaro Krivohlavý

Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí. Prožívání stárnutí a stáří závisí na individualitě každého seniora. Osobní přístup jedince k vlastnímu stáří závisí především na jeho schopnosti a povahových rysech, na jeho celém předchozím životě a na jeho životních zkušenostech. Podle toho se objevují u seniorů různé pocity při očekávání stáří, různé reakce na změny provázející stárnutí. Období stárnutí a stáří může být velmi pozitivním a plnohodnotným úsekem života, kdy jedinec vyrovnaně přijímá svůj věk, užívá si zaslouženého odpočinku, umí vyplnit uvolněný prostor k různým činnostem a projevuje dostatek přizpůsobivosti. Nebrání se změně životního stylu, kterou si jeho věk, funkční schopnosti a zdravotní stav vyžadují, akceptuje tuto novou situaci a přijímá ji s klidem a vyrovnaností.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vstoupil v platnost 1. 1. 2007. Jeho posláním je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami, a to z důvodu určitého omezení, např. věku, zdravotního postižení, aj.. Nový zákon přinesl zcela nový systém, zavádí nové pojmy, narovnává postavení jednotlivých poskytovatelů, zlepšuje postavení uživatelů sociálních služeb. Cílem služeb je podporování rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat, respektive setrvání v jeho vlastním domácím prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvíjení schopnosti uživatelů služeb a umožnění vést samostatný život.

Tématem diplomové práce je Individuální plánování v sociálních službách určených pro seniory. Práce se zabývá zjišťováním způsobu individuálního plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb určených pro seniory. Podnětem ke zpracování tohoto tématu bylo mé předchozí zaměstnání v domově pro seniory, kde jsem pracovala jako sociální pracovníce a měla jsem tu možnost účastnit se tvorby, zavádění standardů kvality sociálních služeb a individuálního plánování do praxe.

Cílem práce je zjistit rozdíly v individuálním plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb a poukázat na možnosti rozdílných formulací osobních cílů u seniorů v rámci jednotlivých zařízení sociálních služeb.

Teoretická část práce je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola charakterizuje stáří: definice a klasifikace stárnutí a stáří, periodizace stáří, patologie ve stáří a reakce na stáří. Druhá kapitola se zabývá adaptací na stáří, přípravou na stáří, potřebami seniorů, komunikací se seniory, zdravým a aktivním stárnutím. Třetí kapitola vymezuje základní legislativu týkající se zákona o sociálních službách, možnosti péče a podpory seniorů, standardy kvality sociálních služeb, definuje individuální plánování, role klíčového pracovníka a individuální plán. Praktická část práce se věnuje výzkumu individuálního plánování v různých typech zařízení sociálních služeb.

1. STÁŘÍ

Život nás všech probíhá od narození až do okamžiku smrti v určitých vývojových etapách. Každá etapa má své zákonitosti, které z ní vyplývají, ovlivňují kvalitu, způsob a rozsah našeho života, a my se jím musíme poměrně zásadním způsobem přizpůsobit a zohledňovat je. Každé vývojové období nám dává určité možnosti a v něčem nás zase naopak limituje. To platí i pro období stárnutí a stáří (Malíková, E. 2011).

Etapa stáří je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí. Připomeňme si, že období stáří trvá 30 – 40 let a bude stejně dlouhé jako mládí a dospělost. Zaslouží si proto pozornost a zájem nejenom ze strany samotného seniora, ale i ze strany pomáhajících profesí a v neposlední řadě i zájem státní sociální a zdravotní politiky. Stáří je další vývojová etapa lidského života, ve které je hlavní důraz kladen na uchování pohybových dovedností a psychosociální rozvoj osobnosti (Klvetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Stáří přináší nové zkušenosti, s nimiž se musí každý člověk nějakým způsobem vyrovnat, a záleží na jedinci, jak tento vývojový úkol zvládne (Vágnerová, M. 2007).

V současné době se u nás střední doba života prodlužuje, a to dosti výrazně. Tuto skutečnost je možno chápat různě. Na jedné straně se můžeme děsit toho, že budeme déle staršími lidmi. Na druhé straně se můžeme radovat z toho, že nám bude dovoleno delší dobu prožívat život v kontaktu s širší rodinou a s druhými lidmi (Křivohlavý, J. 2011).

Seniorů v naší populaci přibývá jednak relativně – poklesem porodnosti, tak i absolutně – prodlužováním střední délky života. Střední délka života (life expectancy) je významným demografickým ukazatelem, který je konstruován z úmrtnostních tabulek a udává, kolik let života s největší pravděpodobností zbývá v dané populaci jedinci určitého věku a pohlaví. Již od konce osmdesátých let minulého století v České republice střední délka života u obou pohlaví trvale rostla a od roku 1990 narůstala patrně nejrychleji ze všech evropských zemí. V roce 1994 byla střední délka života pro muže 69,5 a pro ženy 76,6 let, v roce 2003 to bylo již 72,1 let u mužů a 78,7 let u žen, prognózy do roku 2020 počítají s 76,9 lety u muže a 80,6 lety pro ženy.

Současně dochází k prodlužování života ve stáří a přibývá seniorů v pokročilém věku (Jarošová, D. 2006).

Podle projekce demografického vývoje zpracovaného Českým statistickým úřadem by v roce 2030 měli lidé nad 65 let věku tvořit 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce 31,3%, to jsou asi tři miliony osob. V roce 2007 tvořily osoby nad 65 let 14,6 % obyvatel České republiky (Malíková, E. 2011).

Toto stárnutí je převážně způsobeno zužováním základny věkové pyramidy, které má dvě příčiny – snižování porodnosti a stagnace ve vývoji úmrtnosti (Jarošová, D. 2006).

Prodloužení lidského života a vzájemné soužití všech věkových skupin ve společnosti dává prostor k vytvoření nového modelu osobního růstu, kde nebudou vytvářeny hranice mezi mládím, dospělostí a stářím, kde bude lidský život chápán jako jeden nepřetržitý celek od narození až do smrti. (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

S pojetím stárnutí je v naší mysli často spojena představa mnohých negativních projevů. Ty se týkají vnějšího vzhledu, zdravotního stavu, ekonomické úrovně života či sociální péče o starší lidi. Tomuto zaměření na negativní věci podléhá i mnohé psychologické pojednání o otázkách stárnutí. V protikladu k tomu se soudobá pozitivní psychologie snaží vidět nejen negativní, ale i pozitivní jevy v psychice člověka – i v psychice stárnoucího člověka (Křivohlavý, J. 2011).

V naší zemi stále přetrvává biologický model zdraví, který je zaměřen na hodnocení tělesného zdraví a fungování jednotlivých orgánů. Ve stáří přicházejí fyziologické změny, se kterými je nutno počítat, ale také je svým životním stylem oddálit (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Současná medicína přinesla pokrok v léčbě akutních i chronických nemocí, ale zapomněla hledat takové cesty, aby člověk převzal zodpovědnost za své zdraví, dodržoval léčebné režimy a zabudoval do svého hodnotového systému péči o vlastní zdraví (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008)

Naproti biologickému modelu zdraví existuje i biopsychosociální model zdraví. Biopsychosociální model zdraví hledá souvislosti tělesných změn v kontextu životního příběhu starého člověka. Ve stáří je nesmírně významná psychosociální anamnéza.

Jak senior své změny prožívá, jak hluboce ovlivňují jeho sociální situaci. Pro praxi to znamená nepodceňovat psychosociální souvislosti, které jsou ve stáří nesmírně významné pro motivační schopnosti seniora chtít dosáhnout zlepšení fyzického zdraví. Vyžaduje to také profesionální připravenost znát nejenom fungování tělesných orgánů, ale také funkci psychiky a sociálních vztahů člověka (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

V poslední době se podařilo zjistit v solidních empirických, tj. věcných vědeckých výzkumech tři dílčí oblasti psychologie – vývojové psychologie, psychologie zdraví (health psychology) a tzv. pozitivní psychologie (positive psychology). Všechny tři tyto oblasti psychologického studia jsou v současné době již dobře etablovány na celém světě (Křivohlavý, J. 2011).

Všeobecný pohled na seniory a stáří je hodně rozšířen pouze jednostranně. Většina lidí si při zmínce o stáří představí nesoběstačnou osobu, neschopnou samostatného života, závislou na pomoci jiné osoby při všech běžných činnostech, pro něž je ideální umístění do ústavní péče. Pro mnoho lidí je však stáří jedním z nejkrásnějších životních období, protože mají volný prostor k realizaci všeho, co zatím v životě z různých důvodů nestihli. Člověk, který umí využít šanci každého dne, umí i zdravě a pohodově stárnout. Proto se hovoří i o umění stárnout. Je to záležitost, která se týká každého z nás (Malíková, E. 2011).

1.1 Definice a klasifikace stárnutí a stáří

Charakterizovat stárnutí je nesnadné. Existuje několik definic stárnutí, avšak žádná z nich není zcela výstižná (Mlýnková, J. 2011).

J. Langmeier a D. Krejčířová (1998) popisují stárnutí jako soubor změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.

J. Mlýnková (2011) definuje stárnutí jako proces, kdy v buňkách (tkáních, orgánech) vznikají degenerativní změny ve tvaru buňky a její funkce (degenerace = úpadek ve vývoji, vývojový pokles nebo ústup). Tyto změny nastupují v různou dobu během života jedince a postupují s individuální rychlostí. U některého člověka probíhají

změny velmi rychle, u jiného jsou změny pomalejší. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována, současně je ovlivněna životním stylem, prostředím, v němž člověk žije, prací, kterou vykonává, stresem apod.

E. Topinková a J. Neuwirth (1995) uvádí, že stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická (Malíková, E. 2011).

P. Weber a kol. (2000) uvádí, že stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí hodnotí jako proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Tento proces hodnotí jako disociovaný, dezintegrováný a asynchronní. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jde o multifaktoriální typ dědičnosti (Malíková, E. 2011).

Stáří je obecným označením pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (především chorobami, životním způsobem a životními podmínkami) a je spojeno s řadou významných změn sociálních (osamostatnění dětí, penzionování a jiné změny sociálních rolí). Všechny změny příčinné i následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné, a je jednotné vymezení a periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými (Mühlpachr, P. 2004).

Podle H. Haškovcové (1990) je stáří přirozeným obdobím lidského života a je vztahováno k životnímu období dětství, mládí a k době zralosti. Je třeba si uvědomit, že stáří není nemocí, ale přirozeným procesem změn, které trvají celý život, jsou však patrné až v průběhu pozdějšího věku (Jarošová, D. 2006).

P. Říčan (2009) považuje stáří za vývojovou etapu, jež s sebou nese řadu úkolů a možností.

Stáří má vysoce individuální charakter, existují velké interindividuální rozdíly, přesto je možné identifikovat jisté společné znaky stárnutí. Můžeme hovořit o tzv. biologickém, psychologickém a sociálním stárnutí (Jarošová, D. 2006). Obdobně vymezuje stáří i I. Stuart-Hamilton (1999). I. Stuart-Hamilton (1999) rozlišuje věk

chronologický (podle věku narození), věk sociální (vztahuje se ke společenskému očekávání chování přiměřeného určitému biologickému věku) a věk biologický, respektive psychologický. Zdůrazňuje, že procesy sociálního, biologického a psychologického stárnutí jsou na sobě vzájemně závislé (Stuart-Hamilton, I. 1999).

Biologické stáří

Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku (např. ateroskleróza). Pokusy o určení biologického stáří, které by bylo výstižnější než kalendářní věk konkrétního člověka, se nezdařil a stanovení biologického stáří ani jeho dílčích variant se nevyužívá. Stále tak chybí objektivizace zjevné skutečnosti, že lidé stejného kalendářního věku se významně liší mírou involučních změn a funkční zdatností (Mühlpachr, P. 2001, 2004, 2005).

Sociální stáří

Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria – nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Sociální stáří je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění. Stáří je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost (Mühlpachr, P. 2001, 2004, 2005).

Kalendářní (chronologické) stáří

Je vymezeno dosažením určitého, arbitrárně stanoveného věku, od něhož se rovněž empiricky obvykle nápadněji projevují involuční změny. Uplatňuje se rovněž demografické hledisko – čím více seniorů ve společnosti (čím starší populace), tím vyšší hranice stáří. Výhodou kalendářního vymezení stáří je jednoznačnost, jednoduchost a snadná komparace.

V 60. letech minulého století se komise expertů Světové zdravotnické organizace ve svém doporučení přidržela patnáctileté periodizace lidského života a jako hranici stáří označila věk 60 let. Ten byl rovněž akceptován OSN v roce 1980.

V hospodářsky vyspělých státech se v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním života ve stáří, poklesem kardiovaskulární morbidity ve středním věku a zlepšováním funkční zdatnosti seniorů posouvá hranice stáří k věku 65 let.

Tak jak se projevují problematické vymezení počátku stáří, je obdobně problematická i periodizace kalendářního stáří (Mühlpachr, P. 2001, 2004, 2005).

1.2 Periodizace stáří

Na to, kdy stáří nastává, se názory různí. V mnoha publikacích zaměřených na problematiku stárnutí a stáří se můžeme dočíst, že stáří a stárnutí je individuální a jeho průběh závisí na mnoha okolnostech. Věk je jednou ze základních charakteristik člověk a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně (Jarošová, D. 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) vychází z patnáctiletých věkových cyklů a podle nich uvádí následující rozdělení (Malíková, E. 2011):

- 30 – 40 dospělost
- 45 – 59 střední věk (nebo též zralý věk)
- 60 – 74 senescence (počínající, časně stáří)
- 75 – 89 kmetství (neboli senium, vlastní stáří)
- 90 let a více patriarchum (dlouhověkost)

Psycholog Jaro Křivohlavý (2011) hovoří o čtyřech základních úsecích, etapách, fázích, stupních či stádiích života:

- Mládí – od narození do dosažení dospělosti (0 – 30 let)
- Střední věk – době dospělosti (30 – 65 let)
- Život v době důchodu (bez ohledu na to, zda daný člověk důchod dostává, či ne: 65 – 85 let)
- Příprava na odchod (exit, odchod (85 a více)

P. Mühlpachr (2004) uvádí následující členění:

- 65 – 74 let - mladí senioři (dominuje problematika adaptace na penzionování, volného času aktivit, seberealizace)

- 75 – 84 let - staří senioři (změna funkční zdatnosti, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)
- 85 let a více – velmi staří senioři (na významu nabývá sledování soběstačnosti a zabezpečení)

Marie Vágnerová (2007) považuje věk 60 – 75 let za období raného stáří a od 75 let za období pravého stáří.

1.3 Patologie ve stáří

Období stárnutí a stáří je všeobecně pojímáno a chápáno negativně, s obavami. Jsou očekávány problémy, omezení v důsledku ztráty soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím a ztráta možnosti seberealizace. Obavy a negativní očekávání vedou také ke strachu z ponížení, ze ztráty lidské důstojnosti a ze ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Tyto obavy nejsou zcela opodstatněné, protože při fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nedochází automaticky a vždy k popsáným problémům. Závisí tedy na konkrétním průběhu stárnutí (Malíková, E. 2011).

E. Malíková (2011) rozlišuje dva typy stárnutí:

Fyziologické stárnutí – probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození až po zánik.

Patologické stárnutí - může se projevovat několika různými způsoby: např. předčasným stárnutím či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. Patologické stárnutí se mj. projevuje sníženou soběstačností,

P. Mühlpachr (2001) řadí k těmto typům stárnutí ještě třetí typ – úspěšné stárnutí. Úspěšné stárnutí – zdravotní a funkční stav seniora je lepší než současný průměr, umožňuje nejen plnou soběstačnost, ale žádoucí tělesnou, psychickou i sociální aktivitu.

Změny způsobené stářím

Přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které přichází s vyšším věkem. Změny se odehrávají v rovině tělesné psychické i sociální. Jedná se o propojené systémy (Venglářová, M. 2007).

Biologické (tělesné) změny

Biologické aspekty stárnutí představují průběh typických tělesných změn ve stárnoucím organismu. Změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou a souvisejí se vznikem a výskytem nemocí obvyklých ve stáří (Malíková, E. 2011).

Biologické změny označují veškeré vývojové změny organismu člověka probíhající na organické úrovni. Primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalení a úbytek). Základem fyzických změn ve stáří je podle Gregora opotřebování orgánů, zpomalený metabolismus a pokles biologických adaptačních mechanismů (Jarošová, D. 2006).

M. Venglářová (2007) řadí mezi tělesné změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, změny činnosti smyslů, degenerativní změny smyslů, kardiopulmonální změny, změn v trávicím systému (trávení, vyprazdňování), změny vylučování moči a změny sexuální aktivity.

J. Mlýnková (2011) i D. Klevetová a I. Dlabalová (2008) uvádějí, že tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Nejvíce nápadné jsou na kůži nebo pohybovém aparátu systému, které zřetelně vidíme. Dále probíhají v kardiovaskulárním systému, respiračním, nervovém, trávicím, pohlavním, vylučovacím systému i ve smyslovém vnímání a spánku. Dále tyto systémy blíže specifikuje:

Kožní ústrojí – dochází ke snížení aktivity mazových žláz. Kůže ztrácí pružnost a ztenčuje se. Tvoří se vrásky, vlasy šedivějí a řídnou. Kožní turgor je snížený. Objevuje se zvýšená pigmentace, kožní barvivo se ukládá do určitých okrsků kůže a způsobuje zhnědnutí (stařecké skvrny), nebo naopak pigmentace v určitých částech těla chybí.

Pohybový systém – může dojít ke změnám spojeným s výškou a váhou postavy. Ke snížení výšky postavy dochází, protože atrofuje meziobratlové ploténky. Kostí mohou řádnout a stát se tak křehkými, tím se může zvýšit riziko zlomenin a úrazů. Možný úbytek kloubní chrupavky doprovází zvýšená bolestivost kloubů a snížená schopnost pohybu.

Kardiovaskulární systém - klesá pracovní kapacita srdce. Srdce je pak schopné přečerpávat méně krve. Klesá elasticita cév a může se objevit hypertenze. Příčinou snížené elasticity cév je ukládání tukových látek a vápníku do stěny tepen (ateroskleróza).

Respirační systém – S postupujícím věkem u řady seniorů klesá respirační schopnost plic. Typickým projevem je zadýchávání. Snižuje se vitální kapacita plic.

Nervový systém – snižuje se rychlost vedení vzruchů v periferním nervovém systému. Proto někteří senioři potřebují více času na příjem informace a její zpracování. Jinými slovy řečeno, prodlužuje se reakční čas na podměty.

Trávicí systém – Ve stáří se může objevovat opotřebování a ztráta chrupu. Snižuje se tvorba slin, trávicích enzymů. Je zpomalená motilita (pohyblivost realizovaná hladkým svalstvem) orgánů trávicí trubice. Následkem je prodloužený průchod tráveniny žaludkem a střevem.

Pohlavní a vylučovací systém – sexuální aktivita u seniorů je výrazně individuální. Degenerativní změny mužských pohlavních žláz probíhají velmi pomalu, u žen jsou degenerativní změny výrazné a objevují se po menopauze. Ve vyšším věku klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč. Klesá kapacita močového měchýře, snižuje se síla obou svěračů uretry. Někteří senioři nemusí být schopni. Může to být způsobeno zvětšenou prostatou nebo u žen ochabnutím svalstva pánevního dna.

Smyslové vnímání, spánek - snižuje se výkonnost smyslových orgánů. Výrazně může být postižení zraku a sluchu.

Psychické změny

Změny psychiky se mohou projevit zejména v poznávacích schopnostech (vnímání, pozornost, paměť, představy, myšlení). Často dochází ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání oslabenými smysly

způsobuje i strach a úzkost, přináší nejistotu. Ta mnohdy vede tomu, že se senior nechce vydat ven, setkávat se s druhými lidmi, je ostražitý a nedůvěřivý. V pozdějším věku, zvláště po 80. roce, se u některých seniorů objevují poruchy paměti, rozhodovacích schopností a poruchy osobnosti. Přibývá duševních onemocnění a také je zaznamenán nárůst demencí, zvláště Alzheimerovy choroby (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Se stoupajícím věkem mohou přibývat chronická onemocnění, která vedou ke zhoršení soběstačnosti. Snížená soběstačnost a změna sociální role ovlivňují účast na společenském životě. Ve struktuře osobnosti seniora se může přesouvat pořadí hodnot, potřeb a životních cílů v kontextu s přicházejícími situacemi a změnami sociálního prostředí. Nastávají změny v oblasti citového života, které jsou velmi individuální. Starý člověk je citlivější, více emotivně prožívá situace (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Vyšší věk přináší změnu psychomotorického tempa, které se projevuje zpomalením pohybů především při chůzi. To přináší opatrnost, objevuje se nerozhodnost, váhavost, snižuje se koncentrace pozornosti. Senior potřebuje ke zvládnutí běžných činností více času. Avšak tento úbytek může být vyrovnán systematičností, důsledností a důkladností v jednání (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Sociální změny

Mezi sociální změny řadí M. Venglářová (2007) odchod do penze, změnu životního stylu, stěhování, ztrátu blízkých lidí, osamělost a finanční potíže.

D. Jarošová (2006) uvádí fakt, že sociální stárnutí provází několik změn. Jednak je to odchod z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Tento přechod je spojen s určitými změnami, které mohou prožívání člověka významně ovlivnit. Odchodem do důchodu se mění sociální role seniora. Významným dopadem odchodu ze zaměstnání jsou změny v ekonomickém zajištění starého člověka, které ho často omezují v zažitých kulturních a společenských aktivitách. Sociálně ekonomická a zdravotní vyrovnanost jedince může být navíc dekompenzována nemocí, rodinnými problémy, osamělostí, nedostatkem financí, špatným bydlením. To vše sebou nese rizika jako je ztráta životního programu, špatná adaptace na penzionování se změnou společenského postavení, nadbytek volného času, osamělost a jiné. Starý člověk je také vystaven tzv. generační osamělosti. Musí se smířovat se smrtí svých

vrstevníků, kteří v jeho okolí umírají. Nejtěžší je vyrovnat se se ztrátou životního partnera. Prevencí izolace a osamělosti ve stáří jsou kvalitní mezilidské vztahy a především funkční rodina seniora. Důležitou reakcí na odchod do důchodu je změna životního stylu způsobena nadbytkem volného nestrukturovaného času. Problémem se však může stát jeho smysluplné využití (Jarošová, D. 2006).

1.4 Reakce na stáří

Prožívání stárnutí a stáří závisí na individualitě každého seniora. Osobní přístup jedince k vlastnímu stáří závisí především na jeho osobnosti a povahových rysech, na jeho celém předchozím životě a na jeho životních zkušenostech. Podle toho se objevují u seniorů různé pocity při očekávání stáří, různé reakce na změny provázející stárnutí. Liší se také způsoby, jak se se stářím a jeho doprovodnými fenomény snaží vyrovnat (Jarošová, D. 2006).

H. Haškovcová (1990) typologicky rozděluje reakce na stáří do následujících pěti oblastí (Malíková, E. 2011):

Konstruktivistický přístup – Jde o ideální postoj, kdy je jedinec soběstačný, akceptuje své stárnutí a všechny jeho projevy. Soustředí se na udržování své tělesné kondice a podporování soběstačnosti. Disponuje vlastnostmi jako optimismus, vstřícnost, smysl pro humor, radost ze života, přizpůsobivost, tolerance aj. Udržuje také dobré vztahy s okolím (s rodinou, přáteli aj.) a ovládá způsoby jak si udržovat svoji duševní rovnováhu (Malíková, E. 2011).

Strategie závislosti – sklon k závislosti mají lidé, kteří bývali po celý život spíše pasivní, spoléhali se na druhé, nechali se vést druhými lidmi. I ve stáří očekávají, že je někdo povede, vyhoví jejich žádostem, vykoná činnosti za ně. Okolí se může zdát, že své potíže často zveličují (Mlýnková, J. 2011).

Obranná strategie – Obrannou strategii používají osoby, které popírají své přibližující se stáří a nechtějí akceptovat svůj věk se vším všudy. Brání se tím, že oddalují svůj odchod do penze a snaží se za každou cenu udržet svou soběstačnost a pracovní i společenské postavení. Do této kategorie patří lidé, kteří v průběhu svého života hodně pracovali, nebyli zvyklí brát, ale dávat. Často pracují ve vysokých funkcích a pohybují se ve vyšších společenských kruzích. Jde o specifický způsob, jinou formu popírání

reality, oddalování řešení nové situace, která z této životní etapy vyplývá (Malíková, E. 2011).

Strategie nepřátelství – Neshody tvoří součást dosavadního života těchto seniorů. Mají sklon ke svalování viny na druhé, bývají agresivní, zlostní, mrzutí nespokojení. K ostatním lidem se mohou chovat nepřátelsky. Není výjimkou, že tito senioři žijí osaměle, protože se jim okolí včetně vlastní rodiny raději vyhýbá (Mlýnková, J. 2011).

Strategie sebenenávisti – člověk je nepřátelský vůči sobě samému, připisuje si všechnu vinu za své nezdary. Svůj život hodnotí kriticky a pohrdavě, netouží ho znovu prožít. Je smířen s faktem stárání, ale neumí zaujmout konstruktivní postoj. Zanedbává společenské styky, cítí se osamělý a zbytečný. Věří v osudovost života a považuje se za oběť (Jarošová, D. 2006).

Chování seniora nemusí zcela stoprocentně odpovídat jedinému typu strategie v reakcích na stárání, ale může podle okolností projevovat i jiné postoje. Závisí to na typu osobnosti každého člověka (Malíková, E. 2011).

Shrnutí

Etapa stárání je stejně důležitá jako každá jiná a zaslouží si stejný důraz na rozvoj jako dospělost a mládí. Stárání přináší nové zkušenosti, s nimiž se musí každý člověk nějakým způsobem vyrovnat, a záleží na jedinci, jak tento vývojový úkol zvládne. Charakterizovat stárnutí je nesnadné. Existuje mnoho definic stárnutí a stárání a názory se různí i na to, kdy stárání nastává. Prožívání stárnutí a stárání závisí na individualitě každého seniora. Osobní přístup jedince k vlastnímu stárání závisí především na jeho osobnosti a povahových rysech, na jeho celém předchozím životě a na jeho životních zkušenostech.

2. ADAPTACE NA STÁŘÍ

Změn přichází v životě mnoho. Lidé se liší ve schopnosti změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život ke své spokojenosti. Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi náročné situace (Venglářová, M. 2007).

Adaptace jedince na stáří závisí na mnoha faktorech, z nichž nejdůležitější je osobnost člověka, jeho aktivita během dosavadního života, zkušenosti a vlastní životní filozofie (Mlýnková, J. 2011).

Člověk je ve stáří postaven před úkol přizpůsobovat se nejen řadě změn ve vlastním organismu (změny involuční, zvýšená nemocnost), ale i řadě změn vnějších (změna sociálního postavení, životního stylu a sociálního prostředí, včetně úmrtí blízkých lidí ap.). Adaptace na změny však v každém případě probíhá ve stáří pomaleji a každá nemoc či stres přizpůsobivost ještě zhoršují (Langmeier, J., Krejčířová, D. 1998).

Změn nesmí být nad únosnou míru, ta je pro každého z nás jiná. Změna musí mít pro svého nositele smysl, pak ji může lépe přijmout. Vyrovnání se předpokládá pomoc okolí, toleranci a trpělivost s člověkem, který se se změnou potýká (Venglářová, M. 2007).

Období stárnutí a stáří může být velmi pozitivním a plnohodnotným úsekem života, kdy jedinec vyrovnaně přijímá svůj věk, užívá si zaslouženého odpočinku, umí vyplnit uvolněný prostor k různým činnostem a projevuje dostatek flexibility (přizpůsobivosti). Nebrání se změně životního stylu, kterou si jeho věk, funkční schopnosti a zdravotní stav vyžadují, a akceptuje tuto novou situaci. Přijímá ji s klidem a vyrovnaností (Malíková, E. 2011).

Ne každý z nás, ale má v sobě schopnost a sílu přijmout a akceptovat přibývajících léta se všemi neduhy a omezením, které nám stárnutí a stáří může přinášet. Postoj ke stáří a jeho prožívání je individuálně velmi odlišné; závisí na mnoha okolnostech, jak se s ním každý stárnoucí člověk vyrovná (Malíková, E. 2011).

Stáří dokáže život hodnotit i z jiné perspektivy, s nadhledem a rozvahou. Starý člověk je součástí společnosti, může přispět svými zkušenostmi, postojem a přijmout

jiné pracovní a společenské role. Být užitečný je prioritou člověčenství. Celý život potřebujeme dostatek vnitřní životní energie, Čerpáme ji především ze vztahů, které vytváříme – k sobě, k druhým, k prostředí. Vždy vykonáváme nějaké činnosti, abychom přežili, a zároveň riskujeme, abychom něco dokázali. V každém věku, a ve stáří obzvláště, je třeba svůj pozitivní vztah k životu opírat o drobné radosti a malá sociální pohlazení. A být ochoten nelpět na činnostech, na které již síly nestačí. Statečně přijímat svá omezení a svou energii tvořivě směřovat k jiným životním hodnotám (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Vztah jednotlivců a zaujímání jejich postoje ke svému stárnutí i stáří mohou být hodně rozmanité a pestré. Setkáváme se s mnoha odlišnými způsoby a projevy v chování, přístupu a životnímu stylu, které hodně vypovídají o tom, jak se konkrétní osoba vyrovnává či nevyrovnává se svým přibývajícím věkem (Malíková, E. 2011).

Poměrně častým jevem je skutečnost, že jednotlivci zaujímají postoj ke stáří podle toho, jak se kdo uměl a byl schopen v průběhu svého života vyrovnávat s náročnými situacemi, kterými musel projít, zvládnout je a vypořádat se s nimi. Přesto je postoj každého jedince ovlivněn celou řadou okolností, tedy determinant. Mezi determinanty patří například: prostředí, ve kterém jedinec žije, a obecný postoj komunity a společnosti ke stáří; ty osobnosti, její celoživotní prožitky a předchozí zkušenosti; pozice jedince v rodině, citové a sociální zázemí atd.; výchova, vzdělání, kulturní a společenské vlivy; zdravotní stav jedince; míra emoční inteligence; celková situace jedince s ohledem na možnosti způsobu jeho života, ekonomické možnosti apod. (Malíková, E. 2011).

Je nutné si uvědomit, že nelze předem zcela spolehlivě odhadnout, jaký postoj bude konkrétní osoba zaujímat a jak se bude adaptovat na problémy a celkovou situaci vyplývající ze stáří. Kromě toho, že je postoj jedince ke stáří ovlivněn uvedenými a jinými možnými faktory, také velmi úzce souvisí se schopností adaptace dotyčné osoby (Malíková, E. 2011).

2.1 Příprava na stáří

Přípravu na odchod do důchodu nelze chápat jako přizpůsobení se vzniklým podmínkám na poslední chvíli, ale je třeba ji chápat jako proces probíhající během celého vědomého lidského života.

Podle J. Křivohlavého (2011) obsahuje příprava na stárnutí dva druhy snah:

- **Jednak snahu minimalizovat hromadění negativních vlivů**
- **Jinak snahu posilovat pozitivně působící faktory (vlivy)**

Jde o přípravu na cílevědomou tvorbu zdravého způsobu života v každém věkovém údobí člověka, tj. o celoživotní (biodromální) přípravu na život a stárnutí. Tato příprava spočívá v naplňování mnohých krátkodobých cílů a jednoho dlouhodobého, celoživotního hlavního cíle (Křivohlavý, J. 2011).

Mária Bradská (2008) uvádí čtyři etapy průběhu přípravy na stárnutí (Křivohlavý, J. 2011):

- **Permanentní dlouhodobá příprava**, která trvá po celý život člověka
- **Přelad'ování** – v období od 40 do 60 let
- **Akutní příprava** – přibližně 5 let před odchodem do důchodu
- **Aktuální příprava na stárnutí** – v průběhu důchodového věku

Tato příprava musí však být mnohostranná a musí se na ní podílet odborníci různých oborů (je multidisciplinárním úkolem). Nespočívá jen v získání širokého spektra informací a poznatků, ale uskutečňuje se i paralelně využitím intervenčních programů (přednášek, kurzů, cvičení včetně sociálně-psychologického výcviku a poradenské činnosti). (Křivohlavý, J. 2011)

E. Poláchová (2007) rozlišuje tři formy přípravy na stáří (Mlýnková, J. 2011):

- **Dlouhodobá příprava** – začíná v dětství, kdy učíme děti úctě ke stáří a správným formám chování k seniorům. Praktické informace o tom, jak se chovat ke starým lidem, poskytují rodiče dětem tím, jak se chovají k vlastním rodičům, jak o nich hovoří, jak se tváří, jak se s nimi komunikují. Příkladem je také schopnost řešení péče o seniory v rodině, celkový postoj k situaci (Mlýnková, J. 2011)

- **Středně dlouhá** – člověk ve středním věku má začít s cílenou přípravou na stáří. Může se týkat životosprávy, cvičení, kontaktů s přáteli. Nezbytným krokem je sociální příprava zahrnující finanční zajištění svého stáří z vlastních zdrojů, neboť výška penze nemusí být u všech osob dostatečná. Dospělí lidé se celkově zamýšlí nad tím, jak bude jejich stáří vypadat. Uvažují o tom, kde budou žít, s kým, kdo se o ně bude moci postarat, až nebudou mít dostatek vlastních sil (Mlýnková, J. 2011).
- **Krátkodobá** – týká se zhruba tří let před odchodem do důchodu. Má být ryze praktická a týká se např. úpravy bytu, výměny opotřebovaných elektrospotřebičů, koupě nové mikrovlnné trouby pračky apod. součástí krátkodobé přípravy je i plán, jak vyplnit svůj volný čas (Mlýnková, J. 2011).

Podobně rozlišuje přípravu na stáří i P. Mühlpachr (2001):

- **Dlouhodobá** (celoživotní)
- **Střednědobá** (asi od 45 let)
- **Krátkodobá** (2 – 3 roky před penzionováním)

2.2. Potřeby seniorů

Potřeba je projevem nedostatku něčeho nebo projevem toho, že něco v organismu chybí, něčeho se našemu tělu nedostává. Může se také projevovat nadbytkem něčeho. Prožívání nedostatku nebo nadbytku ovlivňuje naši psychickou činnost a vede nás k určité činnosti, jejímž cílem je uspokojení potřeby. Pocity nedostatku nebo nadbytku nejsou sice vůbec příjemné, avšak slouží jako motivační síla, která nás vede k určitému jednání a chování. Pomocí uspokojování potřeb se zajišťuje přežití organismu (Mlýnková, J. 2011).

Potřeby jednotlivých věkových období se mění. Jiné potřeby mají děti předškolního věku, jiné mají školáci a zcela odlišné jsou potřeby dospělých či seniorů. U osob nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci. Mění se hodnotová orientace potřeb v popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Senioři jako by se vraceli z výšek Maslowovy pyramidy k jejím základům (Mlýnková, J. 2011).

D. Jarošová (2006) uvádí, že charakteristickým rysem dnešního ošetrovatelství je hodnocení a uspokojování potřeb zdravého i nemocného jedince každého věku. Nejrozšířenější a nejvíce akceptovaná je hierarchie podle názorů představitele humanistické psychologie Maslowa, který vytvořil teorii motivačního systému osobnosti – hierarchickou teorii potřeb.

Americký psycholog Abraham Harold Maslow na základě získaných poznatků vytvořil v roce 1943 škálu ve tvaru pyramidy. V pyramidě schematicky rozčlenil všechny oblasti lidských potřeb do pěti úrovní. Vytvořená hierarchie vychází z nezbytnosti a naléhavosti jejich uspokojení a vzájemné provázanosti. Objasňuje logickou posloupnost uspořádání potřeb a vznik další potřeby po uspokojení té předchozí. Maslow pojal svou klasifikaci v širokém kontextu zahrnujícím všechny oblasti celého lidského života. Proto je její znalost, pochopení, uplatnění a správné používání velmi přínosné nejen ve zmiňovaných oblastech zdravotnictví, ošetrovatelství a sociálních služeb, ale i ve všech životních situacích, zejména náročných a krizových (Malíková, E. 2011).

Maslowova pyramida lidských potřeb



Maslowova pyramida, [online]

Jednotlivé úrovně potřeb charakterizoval následovně:

Fyziologické potřeby – objevují se při poruše homeostázy, vyjadřují potřeby organismu a nemusí mít psychickou odezvu (např. potřeba hygieny, výživy, vylučování, dýchání, spánku, pohybu).

Potřeba bezpečí – objevuje se v situacích ztrát pocitu životní jistoty, ekonomického selhání, jakéhokoliv nebezpečí (potřeby ekonomického, fyzického a sociálního bezpečí).

Potřeby sociální – vystupují v situaci osamělosti a projevují se jako snaha být milován a patřit do nějaké sociální skupiny (potřeba informovanosti, skupinové sounáležitosti, lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut).

Potřeba uznání a sebeúcty – vznikají v situaci respektu, kompetencí, důvěry a projevují se snahou získat ztracené sociální hodnoty.

Potřeba sebeaktualizace – projevuje se jako tendence realizovat své schopnosti a záměry, nalézt smysl svého života (Jarošová, D. 2006).

Sebetranscendence – tvoří naprostou špičku pyramidy, nadstavbu nad pěti úrovněmi, nazývanou také duchovními potřebami. Jde o zkoumání a rozvíjení vrcholných zážitků a osobní růst a rozvoj. Lidé dosahující vrcholných zážitků jsou seberealizovaní, zralí, zdraví a sebenaplnění (Malíková, E. 2011).

Vznik lidských potřeb, jejich dynamika, hierarchizace a způsoby uspokojování jsou určovány různými činiteli. V životních aktivitách a motivaci jednání se vždy projevují ve vzájemných souvislostech. Během lidského života vstupují do procesu vzniku uspokojování potřeb hodnoty, důležité a významné aspekty a stránky života (Jarošová, D. 2006).

Každý starý člověk má svůj životní příběh, který je poskládán z radostných i bolestných událostí. Čím déle starý člověk žije, tím je jeho příběh delší. Celková péče musí vycházet nejenom z hodnocení tělesných změn, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti, kde vše souvisí se vším, kde nezapomínáme hodnotit změny prožívání, změny sociálních rolí a životních perspektiv (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Změny potřeb ve stáří dle M. Vágnerové (2007)

Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem – potřeba stimulace, až už jde o intenzitu nebo proměnlivost podnětů, bývá snížena. Ve stáří klesá potřeba nových a silných zážitků, senioři dávají přednost klidnějšímu stereotypu. Větší množství nových informací a změny, k nimž v jejich okolí dochází, mohou navozovat nepříjemný pocit nejistoty a dezorientace. Zároveň však potřebují subjektivně přiměřený přísun podnětů, které by je aktivizovaly a informovaly o dění v jejich okolí, neboť eliminace kontaktu s okolním světem a přílišná redukce dostupných podnětů vede k psychické stagnaci.

Potřeba sociálního kontaktu – kontakt s lidmi je důležitý v každé životní fázi, ale musí být přiměřený z hlediska kvantity i kvality. Starší lidé potřebují dostatek sociálních podnětů, ale zároveň i své soukromí, aby nebyli vystaveni zátěži nadměrné stimulace. Senioři preferují kontakty se známými lidmi, které posilují jejich pocit jistoty a zároveň je příliš nezatěžují, protože vědí, co od nich mohou očekávat. Tuto potřebu uspokojuje vlastní rodina, přátelé a okruh známých.

Potřeba citové jistoty a bezpečí – bývá ve stáří intenzivnější a její uspokojení významnější, než bylo ve středním věku. Starší lidé se celkově cítí mnohem více ohroženi a vždycky nejde jen o přecitlivělost, ale o reálné riziko – např. onemocnění či ovdovění. Jistota a bezpečí má větší hodnotu, než měla dřív, protože si senioři uvědomují ubývání svých sil a dříve samozřejmých schopností. Roste potřeba pozitivních podnětů, tj. vázanost na akceptaci a ocenění lidmi v nejbližším okolí. Potřebě větší citové jistoty odpovídá i fixace na vlastní rodinu, na partnera, děti i vnuky a leckdy i změna chování ve vztahu k nim. Starší lidé potřebují mít jistotu, že někam patří, že jsou součástí určité sociální skupiny.

Potřeba seberealizace – může být ve stáří hůře saturována. Obvykle také postupně klesá její význam, nebo se, s ohledem na možnosti aktuální situace, mění způsob jejího uspokojování. Senioři se snaží nepříjemný pocit ztráty vlastní hodnoty kompenzovat jinými aktivitami nebo zdůrazňováním minulých výkonů. Potřeba seberealizace je tak saturována alespoň symbolicky, v rámci vzpomínek. Uznání a ocenění od ostatních lidí přispívá k uchování přijatelné sebeúcty a saturuje tak i potřebu seberealizace. Velmi důležitý je pocit užitečnosti, který životu staršího člověka dává smysl.

Potřeba otevřené budoucnosti a naděje – starší lidé bývají zatěžováni strachem z nemoci, z opuštěnosti, a bezmocnosti. Přijatelná představa bývá založena na kompromisu, který klade důraz na zachování soběstačnosti a sebeúcty. Tu mohou podpořit některé osobně významné role, kompetence nebo mezilidské vztahy. I v této oblasti dochází k přesunu důrazu na další generaci, na život dětí či vnuků. Další možností je duchovní transcendence, která je jednou z variant takového přesahu a dává smysl jakkoliv limitované formě života. Vyrovnat se s nutností změny smyslu vlastního života je obtížným úkolem stáří.

Význam víry ve stáří

Spirituální dimenze je součástí lidského bytí, je to potenciál, který může být v průběhu lidského života různým způsobem rozvíjen a může se také měnit. Může pomoci při hledání životního smyslu a umožňuje strukturovat jednotlivé fáze života. Víra, která nabývá konkrétní podoby v rámci konfesní příslušnosti, stabilizuje hodnotový systém a jistotu určitého řádu. Starým lidem poskytuje návod, jak zvládat různé zátěže, je jim oporou a rámcem po interpretaci významu jejich životních zkušeností i základem sebehodnocení. Může přispět k vyrovnanému postoji k vlastnímu stáří a s ním spojených problémů. Ve stáří *potřeba spirituálního směřování* velmi často narůstá. Děje se tak v závislosti na omezení různých kompetencí, jako reakce na mnohé zátěže a ztráty, ale i v souvislosti s anticipací vlastní smrti (Vágnerová, M. 2007).

Péče o seniory musí být zaměřena především na uspokojování jeho potřeb a řešení jeho problémů. Kritériem posuzování kvality poskytované péče musí být sám senior, jeho spokojenost a prospěch (Jarošová, D. 2006).

2.3 Komunikace se seniory

Komunikace (z lat. *communicatio* , které lze chápat ve významu spojování, sdělování, ale také přenos, společenství, participace) znamená obecně lidskou schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích je prostředkem vztahů vzájemných. V nejširším slova smyslu lze komunikaci chápat jako symbolický výraz *interakce*, tj. vzájemné a oboustranné ovlivňování mezi dvěma

nebo více systémy. Znamená současně i přenos informací, které jsou prostředkem ovlivňování subjektů na komunikaci se podílejících (Pipeková, J. 2010)

Cílem komunikativního chování člověka je kromě vzájemného dorozumívání a sdělování informací především vytváření, udržování a pěstování mezilidských vztahů. Význam a důležitost komunikace pro životy lidí nelze nikdy dostatečně ocenit. Bez komunikace nemůže žádná společnost existovat, natož pak se vyvíjet. Jak pro existenci, tak pro organizaci každé společnosti je komunikace základním procesem, neboť v každé společnosti je komunikace základním procesem, neboť každá společná akce individuů je založena na významech, které poté, co byly přeneseny prostřednictvím komunikace, jsou společně sdíleny. Komunikační schopnost patří k nejdůležitějším lidským schopnostem (Pipeková, J. 2010).

Komunikace zahrnuje nejen oblast informací, ale také další projevy a výsledky lidské aktivity, jako jsou zboží, formy chování, umělecké výtvoř apod. Studium lidské komunikace se dostalo do popředí zájmu. Zhruba od poloviny 20. století zejména díky rozvoji informačních a komunikačních technologií, který zasahuje do všech oblastí lidské činnosti, a tak jako do oblasti ošetrovatelství a zdravotnictví (Pokorná, A. 2010).

Komunikace je ovlivněna mnoha faktory, které mohou být podle druhu situace a okolností velmi pestré a rozdílné. Ovlivňující faktory mohou být: prostředí, doba, momentální stav a osobní situace účastníků rozhovoru, jejich ochota ke komunikaci, předchozí zkušenosti a mnoho dalších (Malíková, E. 2011).

Podle V. Zachové (2007) probíhá komunikace jako proces složený z pěti složek (Malíková, E. 2011):

Komunikátor (mluvčí) – osoba, která sděluje určité informace

Komunikant (příjemce) – osoba, která přijímá určité informace

Komuniké – zpráva neboli sdělení komunikátora

Zpětná vazba (reakce, odpověď) – informace o tom, že sdělení bylo komunikantem přijato

Situační kontext – situace a prostředí, v němž komunikace probíhá; může významně ovlivnit komunikaci a význam sděleného obsahu

Vhodná komunikace s klientem je jedním ze základních pilířů dobrého vztahu mezi pečovatelem a klientem. Komunikace je předávání informací, pocitů, postojů, očekávání, v komunikaci se odráží vztah k člověku, se kterým právě hovoříme. Dáváme najevo, co si o něm myslíme, zda jsou naše city k němu pozitivní nebo negativní, zda ho máme v oblibě či nikoliv. K předávání informací slouží jak verbální složka komunikace, tak i neverbální. Mnohdy zapomínáme, že to jsou právě mimoslovní signály, které sdělují, co si právě myslíme (Mlýnková, J. 2011).

M. Venglářová (2007) uvádí, že přestože světem vládnu slova, ať už vyslovená, či psaná, většinu informací přijímáme mimoslovně. O pravdivosti sdělení více vypovídá tón pohledu, gesta či mimika. Kdo umí dobře naslouchat druhým, vždy sleduje i mimořechové signály. Tak dobře pozná, zda se ptát, pokračovat v rozhovoru či ustat, mlčet, zůstat či odejít. Předpokladem příjemné a jasné komunikace je shoda verbálních a neverbálních sdělení.

Každý člověk má určitý styl komunikace. Vrozené tempo, často používaná slova. Je známkou profesionality, naučit se zná a používat slova a termíny, které náš klient přijímá a rozumí jim. Při práci se seniory se setkáváme s jiným kulturním a historickým kontextem (Venglářová, M. 2007).

Ke kvalitnímu poskytování sociální služby seniorům v sociálních službách je pro všechny pracovníky zcela nezbytné ovládat dobře komunikaci. To je možné jen při dobré znalosti celé oblasti komunikace a soustavném nácviku komunikačních dovedností. Nedostatek znalostí a dovedností vede k nedorozuměním, problémům a nespokojenosti, a to většinou na obou zúčastněných stranách. Neúspěch v komunikaci také zvyšují nejistotou a nespokojenost klientů i pracovníků. Důsledek této situace se pak nejvíce projevuje v taktéž oboustranném snížení ochoty k další komunikaci. Výměna informací pak vázne a to na sebe řetězově nabaluje další problémy z dalších nedorozumění; klienti i pracovníci totiž často situaci řeší tím, že omezují komunikaci na nezbytné minimum a přitom v sobě stále mají pocit křivdy a nepochopení, vytvářejí si mylné názory a závěry atd. Vzniká tak začarovaný kruh, který je možné přetrnout a vystoupit z něj pouze správně vedenou komunikací alespoň z jedné strany, v tomto případě zcela jednoznačně ze strany pracovníků (Malíková, E. 2011).

Druhy rozhovoru dle J. Mlýnkové (2011)

Musíme dopředu vědět, jaký rozhovor chceme s naším klientem vést. I když jdeme za seniorem s cílem, že si jen tak popovídáme, musíme mít dopředu připraveno téma nebo témata rozhovoru (např. počasí, kde byli senioři včera na vycházce, jestli se dívali na televizi apod.). Zároveň musíme vědět, jaký je účel a cíl rozhovoru. Podle toho rozeznáváme rozhovor:

- *Vzdělávací (edukační)* - chceme klienta informovat např. o ošetřování atd.
- *Za účelem získání ošetřovatelské anamnézy* – získáváme informace potřebné ke stanovení ošetřovatelských problémů, které bude pečovatel řešit
- *Naslouchací* – senior se potřebuje vypovídat
- *Podporující* – klient si nevěří a potřebuje podporu, pomoc
- *Motivující* – klienta motivujeme ke spolupráci při dodržování léčebného a ošetřovatelského režimu

Komunikace podle charakteru rozhovoru

G. Mahrová a M. Venglářová (2006) uvádějí, že pro práci v sociální oblasti se používá rozdělení komunikace na tři druhy (Malíková, E. 2011):

Sociální komunikace – sociální komunikaci představuje běžný rozhovor, který probíhá mezi klientem a pracovníkem. Průběh tohoto rozhovoru ovlivňuje postoj klienta k osobám, které o něj pečují. K uskutečnění sociální komunikace jsou vhodné situace při běžných denních činnostech, jako je např. úprava lůžka, úklid pokoje, provádění hygieny, doprovod klienta na procházce aj.

Specifická (strukturovaná) komunikace – jde o konkrétně zaměřený rozhovor se stanoveným cílem. V průběhu tohoto rozhovoru jsou klientovi většinou sdělovány důležité informace a často je záměrem i společná dohoda. Významnou roli zde hraje i vhodná motivace klienta. Specifická komunikace probíhá běžně v mnoha situacích, např. při objasňování léčebných či ošetřovatelských postupů, při jednání se zájemcem o službu, projednávání osobního cíle, zjišťování potřeb, projednávání individuálního plánování a vlastní tvorbě individuálního plánu, seznamování nového klienta s prostředím, nabízení nové služby apod.

Terapeutická komunikace – podstatou je účelné a efektivní poskytování podpory a pomoci klientovi v tíživé situaci, která mu pomůže a posiluje efekt jiných terapeutických postupů. Terapeutické rozhovory běžně probíhají při obvyklých denních činnostech a jejich efekt nezávisí jen na prostředí či dohodnuté době, ale na schopnosti pracovníka používat vhodné komunikační prostředky a postupy a uplatňovat emoční inteligenci.

Pro úspěšné vedení rozhovorů a každou komunikaci pracovníků s klienty doporučují D. Klevetová a I. Dlabalová (2008) dodržování určitých doporučení. Mezi tyto doporučení řadí naslouchání tomu, co klient skutečně říká; nehodnotit, nekritizovat, nekárat klienty; uvědomit si, že nemocný člověk se zlobí na situaci, ne na nás; nabídnout možnost řešení, zadržet impulzivní reakce; naučit se bez agrese vyjádřit své kladné i záporné pocity, naučit se porozumět svým postojům i myšlenkám (Malíková, E. 2011).

Při poskytování sociální služby pracovníci běžně využívají všechny tři výše zmíněné druhy rozhovorů (sociální, specifické a terapeutické). Závisí na individuálních znalostech, zkušenostech, dovednostech, citu, emoční inteligenci a celkovém projevu profesionalit pracovníků, jak se jim daří rozhovory a běžnou komunikaci s klienty vést. Volba vhodné komunikační techniky většinou rozhoduje o úspěchu či neúspěchu probíhajícího kontaktu s klientem (Malíková, E. 2011).

Překážky v komunikaci

Do procesu komunikace vstupujeme s určitými představami o druhých, o jejich schopnostech, motivaci, vůli. Tyto představy jsou jen do určité míry objektivní. Mohou být dokonce zcela mylné (Venglářová, M. 2007).

Překážky nebo také bariéry bránící srozumitelné komunikaci jsou všude kolem nás. Uvědomujeme si je zejména tehdy, hovoříme-li s člověkem, který má s komunikací potíže, a my nejsme schopni zachytit potřebné informace (Mlýnková, J. 2011).

J. Mlýnková (2011), M. Venglářová (2007) uvádějí, že překážky v komunikaci můžeme rozdělit do tří skupin:

Překážky ze strany klienta – na straně klienta se objevují různé zábrany. Neochota komunikovat, nedůvěra, obavy, jak bude s informacemi naloženo. O řadě věcí

se v generaci dnešních seniorů nemluví. Tabu bývá oblast sexuality, intimních záležitostí, ale například i financí či nepříjemností v rodině. Velmi důležitý je i aktuální stav, který poznamenává všechny naše projevy. Pokud trpíme fyzickými obtížemi, bolestmi, zdravotními komplikacemi, klesá naše ochota udržovat společenskou rovnost komunikace. Negativně se projeví únava, stres, úzkost (Venglářová, M. 2007). E. Malíková (2011) mezi překážky ze strany klienta řadí i snížení kognitivních funkcí seniora (ovlivňují jeho schopnost vyjádřit, co potřebuje, porozumět tomu, co je mu sděleno, zapamatovat si obsah rozhovoru apod.), zájem či nezájem klienta o komunikaci (jsou klienti komunikativní, spolupracující, aktivní nebo naopak apatičtí, rezignující, s odmítavým postojem), věk a vzdělání.

Překážky na straně pracovníka – Také pracovník může mít problémy komunikovat. Mezi časté situace bránící rozhovoru mohou být např. strach ze závažných témat (např. umírání, nevyléčitelné choroby), problémy s konkrétním klientem (špatná zkušenost z dřívějších kontaktů), hovor na erotické téma hraničící se sexuálním obtěžováním či nedostatek času.

Překážky na straně prostředí – překážky na straně prostředí se týkají především technického rázu. Mezi tyto překážky řadí Venglářová (2007) hluk, přítomnost dalších klientů v místnosti, žádné soukromí, spěch.

Starý člověk potřebuje, abychom se v pravý okamžik a na správném místě zastavili a dokázali darovat svůj čas a naslouchat jeho životnímu příběhu. Očekává především náš zájem a pozornost jeho steskům. Možná si někdy ani neuvědomujeme, že léčíme především svou osobností a způsobem naslouchání. Nejenom starý člověk, ale každý z nás potřebuje sdělit, co ho trápí, ulevit si nahlas a uvolnit tak energii, která vzniká neuspokojením životních potřeb (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Naslouchat znamená pozorně sledovat, co druhá osoba říká, a nevnášet do toho pokud možno žádné vlastní názory, rady, komentáře nebo třeba povzbuzující poznámky. Je to proces velmi aktivní (Kopřiva, K. 1997).

Jsou situace, kdy nepotřebujeme, aby nám druhý radil, co jsme měli a neměli udělat. Jde hlavně o to mít potvrzeno, že pro druhé něco znamenám, že druhý člověk respektuje můj požadavek na způsob řešení konkrétní situace. (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Darovat svůj čas ve prospěch zvládnutí obtížných situací, přidat minuty při zahájení péče, předat důležité informace a dát dostatek času na zpracování získaných informací přináší základ pro vytvoření vztahu se seniorem. Starý člověk se potřebuje dostatečně orientovat ve své životní situaci. Znalost a pochopení osobního příběhu starého člověka nám pomůže objevit způsob komunikace pro snadnější spolupráci (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

2.4. Zdravé a aktivní stárnutí

Stáří dokáže život hodnotit z jiné perspektivy, s nadhledem, rozvahou. Starý člověk je součástí společnosti, může přispět svými zkušenostmi, postojem a přijmout jiné pracovní a společenské role. V každém věku, a ve stáří obzvláště, je třeba svůj pozitivní vztah k životu opírat o drobné radosti a malá sociální pohlazení. A být ochoten nelpět na činnostech, na které již síly nestačí. Statečně přijímat svá omezení a svou energii tvořivě směřovat k jiným životním hodnotám. Je důležité udržovat sociální vazby a získávat si nová přátelství. To především umožní láska k sobě samému – přijímat se takový jaký jsem. Plánovat příjemné a prospěšné činnosti a učit se přijmout prožitek daného okamžiku. Potřebujeme si dopřát čas na potěšení všedního dne. Naučit se, že změny jsou součástí života (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

J. Křivohlavý (2011) uvádí, že ve druhé fázi života jsou pro nás důležité věci vnější jako například postup v zaměstnanecké hierarchii, úspěch v podnikání úspěch ve společenském postavení. Ve třetí fázi života nám o tyto vnější projevy „vítězného postupu“ tak moc nejde. Je to právě naopak cesta do vlastního nitra, která nás může dovést k volbě toho, co se stane smyslem našeho života a co dá našemu životu hodnotu. Jde o to, zjistit, jak dobře prožít svůj život, vytušit to podstatné z tajemství naplněného života. Tím se dostáváme k nejpodstatnější otázce moudrého hospodaření časem v průběhu třetího věku: jak dobře a moudře naplnit tyto časové úseky (hodiny, dny, měsíce a roku) smysluplnou aktivitou. Dostáváme se tak k problematice kvality života.

Kvalita života se dotýká pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Podle Světové zdravotnické organizace v Ženevě je Kvalitou života to, jak člověk

vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (Křivohlavý, J. 2011).

J. Křivohlavý (2011) uvádí, že kvalita dobře prožitého života spočívá v tom, že je dobře prožit každý okamžik života.

Během posledních let vznikají organizace, občanská sdružení a nadace, svépomocné skupiny, které se věnují programům pro seniory a zabývají se seniorskou otázkou. Současně se velmi snaží ovlivnit celospolečenský pohled na stárnutí a stáří (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytváří politiku přípravy na stárnutí a vychází ze zlepšujícího se zdraví populace jako potenciálu pro sociální a ekonomický rozvoj. V současné době je realizován Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012, schválený vládou dne 9. 1. 2008, který navazuje na předchozí Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 – 2007. Dále jsou vydávány dokumenty a doporučení OSN a mezinárodních organizací- např. Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí (OSN, Madrid, 2002) a zásady OSN (1991) pro starší osoby (Malíková, E. 2011).

Národní program se obrací na celou společnost – mladou, střední i starší generaci. Vychází ze skutečnosti, že mladá generace není připravena na stáří a plně nechápe přínos seniorské populace pro společnost. V popředí zájmu je důležitost přijetí principu nediskriminace a solidarity, uznání starších občanů jako právoplatných členů společnosti a uvědomění si péče o seniory jako stálé hodnoty v lidském společenství a uvědomění si péče o seniory jako stálé hodnoty v lidském společenství. Seniorská generace svými aktivitami a přístupem má přispět ke změně vnímání procesu stárnutí a stáří. Je třeba poskytovat seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na společenském a politickém životě ve státě. Zároveň se senioři sami musí snažit využít všech možností, které jim společnost nabízí. Znamená to také jejich zodpovědný a aktivní přístup k vlastnímu životu, péče o zdraví, účast na společenských, kulturních a dobrovolných aktivitách (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

V březnu 2006 zřídila vláda ČR Radu vlády pro seniory a stárnutí populace, která vykonává funkci poradního a iniciativního orgánu. Prioritami instituce Rady vlády jsou podpora podnikání všech osob, podpora tvorby strategií zaměstnavatelů vůči

starším zaměstnancům a zvýšení jejich zaměstnanosti, podpora rodiny, zlepšování funkčního zdraví seniorů, zabránění diskriminaci na základě věku, ochrana seniorů v rizikových situacích (proti násilí a zneužívání), zvyšování povědomí lidí o stárnutí a stáří (vytváření vhodných informačních nástrojů k tomuto účelu) a rozvoj spolupráce mezi státní správou, regionální a místní samosprávou, neziskovými organizacemi a sociálními partnery. Rada vlády pro seniory a stárnutí populace se zaměřuje také na zabránění ageistickým stereotypům ve společnosti. Klade si za účel poukázat na potenciál, přínos a roli starších lidí v rodině, ekonomice a celé společnosti, dále je rozvíjet a podporovat (Malíková, E. 2011).

Existuje také moderní celoevropský program zdravotní výchovy pro staré občany „Stárnout zdravě v Evropě“. Cílem tohoto programu je dosáhnout prodloužení aktivního nezávislého života seniorů a zahrnuje také informace o zdravém životním stylu a zdravotní výchově. Do programu se zapojila občanská sdružení, jako je Život 90, Gema aj. (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

V roce 1990 OSN vyhlásila 1. Říjen mezinárodním dnem seniorů, každoročně jsou pořádány řady akcí pro seniory. Rok 1999 byl vyhlášen mezinárodním rokem seniorů. Probíhá projekt aktivní stárnutí v Evropské unii. 15. 6. 2006 byl vyhlášen Světový den proti násilí na seniorech. V centrech sociálních služeb fungují kluby důchodců. Byly zřízeny linky pro seniory, kam mohou senioři bezplatně zavolat a požádat v případě potřeby o radu (800 157 157, 800 200 007). Jsou vydávány časopisy Senior revue, Generace, zpravodaj Senioři a řada dalších, které jsou určeny pro širokou seniorskou veřejnost a věnují se otázkám zdravého stárnutí. Přínosem v těchto časopisech jsou také rozhovory se staršími lidmi, kteří vedou stále aktivní a spokojený život a jsou nám všem příkladem. Existují vzdělávací centra pro seniory, vytvářejí se možnosti získávání informací v oblasti informační technologie. Rozvíjí se dobrovolnická činnost (www.hest.cz, Český červený kříž, církev aj.). V řadě měst a obcí funguje informační a poradenské centrum pro seniory (právní poradna, bytové a finanční otázky, pastorační pomoc při vyplňování formulářů apod.). Velmi dobře se rozvíjí projekt Areion – tísňové volání a pořádá rovněž semináře na téma bezpečnosti v bytech. Velkým přínosem pro seniory jsou programy a projekty Sdružení katolické charity (Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008).

D. Klevetová a I. Dlabalová (2008) nabízí některé webové odkazy – diakoniecce.cz, senio.cz., forsenior.cz, remedium.cz, tivot90.cz, tretivek.cz, stari.cz, gerontocentrum.cz, charita.cz.

Většina současných koncepcí „úspěšného stárnutí“ i ostatní programy zaměřené na posilování kvality života a úspěšnou adaptaci ve stáří tedy dnes spíše kladou hlavní důraz na udržení dostatečné aktivity lidí vysokého věku. Aktivizační programy jsou rozvíjeny úspěšně jak na úrovni preventivní (zaměření na zdravou stárnoucí populaci), tak i na úrovni léčebné – vlastní terapie (např. kognitivní rehabilitace po (např. u lidí s počínající demencí může totiž přiměřená aktivizace značně zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup choroby). Snaha o aktivizaci starých lidí musí plně respektovat individuální možnosti i přání každého člověka – důležité je pomoci mu nalézt motivaci pro vytváření krátkodobých i delších cílů, umožnit mu prožít zážitky úspěchu a posilovat jeho sebeúctu (Langmeier, J., Krejčířová, D. 1998).

Shrnutí

Změn přichází v životě mnoho. Lidé se liší ve schopnosti změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život ke své spokojenosti. Adaptace jedince na stáří závisí na mnoha faktorech, z nichž nejdůležitější je osobnost člověka.

Potřeby jednotlivých věkových období se mění. Jiné potřeby mají děti předškolního věku, jiné mají školáci a zcela odlišné jsou potřeby dospělých či seniorů.

Přípravu na stáří nelze chápat jako přizpůsobení se vzniklým podmínkám na poslední chvíli, ale je třeba ji chápat jako proces probíhající celý život. Většina současných koncepcí „úspěšného stárnutí“ i ostatní programy zaměřené na posilování kvality života a úspěšnou adaptaci ve stáří kladou dnes hlavní důraz na udržení dostatečné aktivity lidí vysokého věku.

3. ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Sociální služby jsou v České republice vnímány a chápány jako služby, které jsou vykonávány, garantovány a regulovány státem, resp. veřejnou správou (paralelně i neziskovým či soukromým sektorem), a které vedou k udržení či získání lidské soběstačnosti a důstojnosti, předchází sociální exkluzi a vedou k sociální integraci. Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci. Příčiny vzniku nepříznivé sociální situace jsou velmi různorodé, a proto také existuje pestrá škála druhů sociálních služeb. Poskytnutí sociální služby samo o sobě ovšem nedokáže v plné míře tyto příčiny odstranit. Má ale člověku pomoci, respektive má podporovat jeho vlastní aktivity k řešení nepříznivé sociální situace (Kolektiv autorů, 2011).

Sociální služby a jejich poskytovatelé prošli dlouhodobým historickým vývojem. Dobrovolná činnost ze stran jedinců nebo skupin předcházela veřejné péči, a to až do té doby, kdy si stát vytvořil monopol na poskytování sociálních služeb (Kolektiv autorů, 2011).

Do roku 1989 vykonával sociální služby stát, který se snažil zastávat všechny funkce včetně těch, které občanská společnost svěřuje rodině, obci či nestátním institucím. Občané byli pouze pasivními příjemci služeb, kteří o jejich podobě a kvalitě neměli možnost spolurozhodovat (Kolektiv autorů, 2011).

P. Varžovská (2008) Zastaralá legislativa znala převážně ústavní a pečovatelskou službu. Ostatní služby, jako např. osobní asistence, azylové domy, respitní péče, domy na půl cesty a mnohé další, byly provozovány bez právní úpravy podmínek (Kolektiv autorů, 2011). Následkem toho bylo velmi obtížné zajistit dostupnost mnohých z nových služeb všem potenciálním uživatelům ve všech regionech. Chyběl zde jasný systém financování služeb a možnost kontroly kvality těchto služeb (Zákon o sociálních službách, [online]).

V období před rokem 1989 situace v českých sociálních službách odpovídala realitě centrálně řízeného socialistického státu a zobrazovala mimo jiné stav ochrany lidských práv klientů sociálních služeb v kontextu tvrdě institucionálního modelu poskytování sociálních služeb. V socialistickém systému chyběla odpovědnost, nebyly zřejmé kompetence účastníků procesu poskytování „veřejných sociálních služeb“ (státu,

krajů, okresů, obcí, ústavů či domovů) a neexistoval systém rozvoje dovedností a znalostí pracovníků v sociálních službách. Nebyly v podstatě vůbec vymezeny širší zájmové skupiny a potlačována či zcela degradována byla role občanského, neziskového sektoru a zadavatelů služeb. Systém sociálních služeb do roku 1989 vytvářel z klientů sociálních služeb jakési neurčité kategorie svěřenců, obyvatel, ubytovaných či osob, jejichž život se nachází v rozporu se zájmy socialistické “reality“. Tím se zcela zřetelně posilovala institucionální povaha zejména ústavního modelu, jenž stavěl obyvatele ústavů do role svěřenců, o něž je třeba pečovat a na které je nutné celoživotně působit prostřednictvím výchovných, vzdělávacích, pracovních či jiných programů. (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Proces transformace, resp. deinstitucionalizace byl v ČR zahájen v podstatě ihned po roce 1989, který u nás zahájil období demokratizace společnosti. Největší potíže přineslo zavádění změn zejména v pobytových službách, kde byly transformační procesy blokovány mnoha okolnostmi. Management zařízení se velmi často soustředil na kvalitu ubytování, a nikoli na kvalitu služeb. Management procesu kvality a zavádění procesu kvality a zavádění změn do praxe poskytovatelů nebyl vedením organizací poskytujících sociální služby uplatňován do praxe. V sociálních službách převládal zpočátku velice nízký podíl uživatelů služeb na rozhodování. Jednotlivá zařízení složitě zvládala proces přechodu od paternalistických forem poskytované péče k moderním formám spíše partnersky pojatých služeb (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Pojem deinstitucionalizace se v sociálních službách používá ve smyslu přechodu od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

V souvislosti s politicko-ekonomickými změnami v ČR došlo po roce 1989 k zahájení procesu transformace oblasti sociálních služeb. Začalo období poměrně bouřlivých změn, přičemž sociální systém nebyl připraven na řešení sociálních důsledků plynoucích z realizace ekonomické reformy. To znamenalo, že celý – vysoce nákladný a zčásti také nefunkční – systém sociální pomoci a péče bylo nutné výrazněji reformovat. Celý proces transformace sociálního systému a sociální politiky byl výrazně ovlivněn mimo jiné skutečností, že nový zákon o sociálních službách vznikl více než

deset let, což sociální služby v podstatě blokovalo v jejich dalším rozvoji. Skutečný rozvoj v oblasti služeb sociální péče nastal až po účinnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Řídící, metodická a koordinační činnost na úseku sociální péče a sociálních služeb byla ponechán a v rukou Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vstoupil v platnosti 1. 1. 2007. Jeho posláním je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami, a to z důvodu určitého omezení (např. věk, zdravotní postižení, nedostatečně podmětne prostředí, krizová životní situace aj.); vytvořit právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé sociální situaci; vymezit práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb; stanovit podmínky pro výkon sociální práce ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí (Malíková, E. 2011).

Nový zákon přinesl zcela nový systém, zavádí nové pojmy, narovnává postavení jednotlivých poskytovatelů, zlepšuje diametrálně postavení uživatelů sociálních služeb, nastavuje systém, který zavádí kvalitativní prvky a kvalitu měří a stimuluje, akcentuje oblast lidských práv a svobod (jak u zájemců o sociální služby, tak u uživatelů) a mnoho dalších (Kolektiv autorů, 2011).

L. Průša (2007) bývá cílem služeb mimo jiné podporování rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat, resp. setrvání v jeho vlastním domácím prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvíjení schopnosti uživatelů služeb a umožnění (pokud toho mohou být schopni) vést samostatný život, snížení sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů. Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů (Kolektiv autorů, 2011).

3. 1 Vymezení základních pojmů a oblastí

Zákon o sociálních službách přinesl do systému sociální péče v České republice mnoho změn. Ke správnému uchopení problematiky této právní normy nestačí pouze znalost jeho paragrafovaného znění, ale je třeba porozumět i jeho filozofii a důvodům, proč vznikl, a cílům, které sleduje. Zákon o sociálních službách sleduje především dva základní cíle. Prvním cílem je zabezpečení sociální péče všem osobám, které ji nezbytně potřebují. Druhým cílem je náprava deformovaných právních vztahů mezi státem, poskytovateli sociálních služeb a především jejich uživateli (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Systém sociální péče v naší zemi byl před rokem 1989 poměrně solidně propracován a lze konstatovat, že byl dosažitelný (a využitelný) pro všechny občany, kteří péči potřebovali. V době, kdy tento systém vznikl, bylo prioritou zajištění péče, avšak nebyla již důsledně respektována lidská práva a důstojnost uživatelů sociálních služeb. Právě tady zákon o sociálních službách přinesl zásadní změnu. Opustil dosavadní paternalisticko-direktivní praxi a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálním přístupu, na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí ze společnosti. Zvláštní důraz spočívá ve spolupráci mezi poskytovateli, uživateli i osobami jim blízkými s cílem mobilizovat uživatele sociálních služeb převzetí spoluodpovědnosti za řešení jejich nepříznivé situace a závislosti na poskytování sociálních služeb. (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Sociální služby jsou poskytovány na smluvním základě, kde účastníci (poskytovatel a zájemce o službu) vyjednávají podmínky poskytnutí služby. Zájemce o službu smlouvu uzavírá dobrovolně s jím vybraným poskytovatelem za podmínek, na nichž se obě strany shodnou. Sama smlouva se obecně řídí občanským zákoníkem, tedy právní normou, pro kterou je typická právě rovnost účastníků právního vztahu (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Hlavní zásady Zákona o sociálních službách

Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace a jejího předcházení.

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí zachovávat lidskou důstojnost osob. 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 setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Zákon 108/2006 Sb., § 2).

Zákon o sociálních službách definuje tři druhy služeb (Zákon 108/2006 Sb., § 37)

Sociální poradenství – sociální poradenství zahrnuje *základní sociální poradenství* a *odborné sociální poradenství*. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a odborné sociální poradenství je zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální péče – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. Mezi služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy

se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby ve zdravotních zařízeních ústavní péče (Zákon 108/2006 Sb., § 38 - § 52).

Služby sociální prevence – napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostřední a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Mezi služby sociální prevence zákon zahrnuje ranou péči, telefonickou pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace (Zákon 108/2006 Sb., § 53 - § 70).

Členění sociálních služeb podle místa poskytování (Zákon 108/2006 Sb., § 33)

Terénní – služby, které jsou osobě poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Ambulantní – služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Pobytové – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Základní a fakultativní služby

Vymezením základních sociálních služeb dává potenciálním uživatelům konkrétní představu o tom, co bude obsahem pomoci, respektive služby nabízené poskytovatelem. Zároveň umožňuje definovat, jaké činnosti musí poskytovatel zabezpečit, aby mohl označit nabízené služby konkrétním názvem. Základní služby neboli činnosti jednotlivých služeb jsou definovány zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a dále pak přesněji rozvedeny v prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. Mimo tyto základní činnosti rozeznává zákon ještě činnosti tzv. fakultativní, které jakýmkoliv způsobem souvisí s činnostmi hlavními, resp. sociální službou. Tyto fakultativní služby jsou pak poskytovány za úhradu a nejsou právně vynutitelné.

Jejich rozsah, intenzita a škála záleží na poskytovateli sociální služby (Kolektiv autorů, 2011).

Aby mohly být záměra zákona naplněna, objevily se v něm nové instituty, jejichž úkolem je vytvořit podmínky naplnění cílů právní úpravy. Těmito instituty jsou příspěvek na péči; registrace poskytovatele sociálních služeb, fyzické osoby jako poskytovatelé sociálních služeb, smlouva o poskytování sociálních služeb, standardy kvality sociálních služeb a inspekce sociálních služeb (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči (dále jen „příspěvek“) se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby. Mezi tyto základní životní potřeby patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Při hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby se hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat základní životní potřeby; přitom se nepřihlíží k pomoci, dohledu nebo péči, která nevyplývá z funkčního dopadu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (Zákon 108/2006 Sb., § 7 - § 30).

Výše příspěvku je rozdělena do dvou kategorií, obě zahrnují čtyři stupně závislosti od lehké závislosti po úplnou závislost. První kategorie je určena pro osoby od jednoho roku do 18 let a druhá pro osoby starší 18 let. Příspěvek se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Je určen osobě, o kterou má být pečováno, nikoli osobě, která péči zajišťuje (Zákon 108/2006 Sb., § 7 - § 30).

Příspěvek na péči umožňuje zajišťovat péči v pokud možno přirozeném prostředí, tj. napomáhá krýt náklady pečujícímu prostředí. Optimálním modelem je sdílení péče mezi neformálním pečujícím prostředím (rodina nebo jiné pečující osoby) a registrovanými poskytovateli sociálních služeb (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Registrace poskytovatele sociálních služeb

Smyslem toho institutu je zabezpečit, aby ten, kdo se hodlá stát poskytovatelem sociálních služeb, ještě před zahájením činnosti osvědčil, že splňuje některé zásadní podmínky hygienického, technického, materiálního, personálního i odborného charakteru, která mu umožní poskytovat sociální služby v požadovaném rozsahu a kvalitě (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Subjekt, který se chce stát poskytovatelem sociálních služeb, musí podat žádost o registraci. O registraci rozhoduje krajský úřad nebo Ministerstvo práce a sociálních věcí. Registrace a následné získání oprávnění k poskytování sociálních služeb je nezbytnou podmínkou pro výkon činnosti odpovídající zákonu o sociálních službách. Oprávnění k poskytování sociálních služeb tvoří důležitou formu ochrany pro uživatele služeb. Garantuje totiž dodržování takových postupů, které snižují možnost poškození zdraví, ohrožení lidských práv a snižování lidské důstojnosti (Malíková, E. 2011).

Asistent sociální péče

Pokud bude osobě závislé poskytovat péči jiná fyzická osoba než osoba blízká (např. soused, kamarád), nazývá se tato osoba „asistent sociální péče“. Asistentem sociální péče se může stát pouze fyzická osoba, která je starší 18 let věku a zdravotně způsobilá. Asistent sociální péče je povinen s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí pomoci. Náležitostmi smlouvy bude označení smluvních stran, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci a výše úhrady za pomoc (Sociální reforma [online]).

Smlouva o poskytování sociálních služeb

Smlouva o poskytování sociálních služeb je nejvýznamnějším dokumentem, který je podle Zákona o sociálních službách oběma stranám (uživateli i poskytovateli) k dispozici. Smlouva upravuje vztahy, jež v procesu poskytování sociálních služeb mezi uživatelem a poskytovatelem vznikají. Uzavírá se písemně podle podmínek občanského zákoníku, tj. podle právní normy, která důsledně respektuje rovnoprávnost obou subjektů (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Role zájemců a uživatelů služeb se zcela mění. Právě oni nyní rozhodují o druhu, způsobu a průběhu jim poskytované sociální služby. Výběr služby je nyní

v rukou osoby, která ji potřebuje. K nákupu služeb mají osoby k dispozici příspěvek na péči v hotovosti, s jehož přispěním si mohou vybranou sociální službu koupit. Poskytnutí sociální služby je založeno na smluvním principu, což staví osoby v nepříznivé sociální situaci do aktivní role. To znamená, že ony samy musí poskytovatele kontaktovat a vyjednat si, jaká přesně a za jakých podmínek jim bude sociální služba poskytována. Smlouva mimo jiné konkretizuje práva a povinnosti obou stran, tedy jak osoby, která službu bude využívat, tak poskytovatele služby. Samotným uzavřením smlouvy aktivní role uživatele služby nekončí. Poskytovatelům služeb zákon ukládá dále s osobou plánovat samotné poskytování služby. Uživatelé služeb pak musí počítat s tím, že pracovníci poskytovatele sociálních služeb s nimi budou rozebírat osobní a sociální situaci, že budou vyzýváni k sdělení svých potřeb a cílů a že se společně budou domlouvat na formách, způsobech, konkrétních aktivitách za účelem nastavení vhodné míry podpory. (Standardy kvality sociálních služeb, [online]).

Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami (Zákon 108/2006 Sb., § 99).

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. (Standardy kvality sociálních služeb, [online]).

Standardy se vztahují na všechny druhy sociálních služeb a jejich náplň je vypracována v obecném pojetí. Každý poskytovatel si je musí podle druhu a rozsahu sociálních služeb, které poskytuje, rozpracovat a modifikovat na své konkrétní podmínky a pro vybranou cílovou skupinu tak aby co nejvíce odpovídaly skutečné reálné situaci a co nejvíce vyhovovaly uživatelům služeb. Velký přínos sociálních standardů je také v tom, že při jejich plošném, celonárodním použití je možné porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb a zařízení se stejným druhem služby. Kromě možnosti srovnání sociální standardy dále garantují úroveň a kvalitu poskytované služby (Malíková, E. 2011).

Inspekce sociálních služeb

Kontrola poskytování sociálních služeb je prováděna prostřednictvím inspekce sociálních služeb formou státní kontroly. Kontroly jsou oprávněny provádět krajské úřady (vůči subjektům, které registrovaly) a ministerstvo práce a sociálních věcí (vůči subjektům, které jsou zřízeny či založeny kraji). Hlavním cílem kontrolní činnosti inspekce je zajistit ochranu zájmů uživatelů služeb před neodbornými, nebo nedostatečnými postupy a podpora rozvoje kvality poskytovaných služeb. Činnost inspekce sociálních služeb je zaměřena na oblasti kontroly plnění povinností poskytovatelů stanovených zákonem a kontroly kvality poskytovaných sociálních služeb (Malíková, E. 2011).

Základním nástrojem, kterým inspekce ověřuje, zda poskytovatelé tyto požadavky splňují a v jaké kvalitě, jsou standardy kvality sociálních služeb (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

Činnost inspekce však nelze chápat pouze jako kontrolu (včetně použití restriktivních opatření), ale přinejmenším ve stejné míře i jako způsob, jak je z relativně objektivního služeb, upozorňovat ho na případné nedostatky, které se v jeho činnosti vyskytují, a vést ho k jejich co nejrychlejšímu odstraňování (Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. 2011).

3. 2 Možnosti péče a podpory seniorům

V mnoha rodinách dochází k situaci, kdy zhoršující se zdravotní stav stárnoucího jedince a pokročilý věk negativně ovlivní úroveň jeho soběstačnosti natolik, že si již nebude chopen samostatně zajišťovat denní životní potřeby a starat se o sebe – může dojít ke ztrátě soběstačnosti. Soběstačnost seniora tedy znamená, že je schopen vykonávat samostatně, pravidelně a bez pomoci druhé osoby běžné denní činnosti a uspokojovat přiměřené životní potřeby v konkrétních životních podmínkách (Jarošová, D. 2006).

Dle Zavázalové (2001, Jarošová, D. 2006) je soběstačnost seniora komplexem čtyř základních komponent. Fyzické, kde je nejdůležitější mobilita, psychické (zejména

schopnost zařizovat si věci samostatně), sociální jako úroveň integrace s rodinou a společností a ekonomické, která je definována dostatečnými příjmy.

Není-li senior schopen uspokojovat své základní životní potřeby a zvládat aktivity denního života stává se člověkem nesoběstačným a závislým na pomoci jiných osob, organizací či institucí (Jarošová, D. 2006).

Formy péče o seniory

Dle J. Mlýnkové (2011) můžeme formy péče o seniory rozdělit do tří skupin:

- **Péče zajišťována rodinou**
- **Zdravotní péče** (včetně ošetrovatelské péče)
- **Sociální péče** (pečovatelské úkony)

Rodinná péče

Většině lidí je nejlépe v domácím prostředí, v rodině. Je to místo, které každý dobře známe, zde prožíváme pocity jistoty a bezpečí, máme zde své rodinné zázemí (Mlýnková, J. 2011).

U starších lidí roste pravděpodobnost, že budou vzhledem ke svým zdravotní problémů potřebovat pomoc svého okolí. Na základě zkušeností a poznatků z minulosti je za optimální způsob péče o seniory považována možnost setrvání starého člověka co nejdéle v domácím prostředí za současné podpory a péče jeho rodiny. Rodinné zázemí je jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka a ve stáří zdrojem očekávané pomoci (Jarošová, D. 2006).

Podle V. Pacovkého (1994) musí rodina chtít, umět a mít možnost se o starého člověka starat. Občasná péče o seniora většinou nepůsobí rodinám potíže. Mnohým seniorům ovšem musí být s přibývajícím věkem a nemocemi poskytována stále náročnější dlouhodobější péče, na kterou už jejich rodinní příslušníci nestačí (Jarošová, D. 2006).

Zdravotní péče

Ordinace praktických lékařů

Nemocnice – Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních ambulantního nebo lůžkového typu (Mlýnková, J. 2011).

Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) - V zařízeních LDN se pečuje o dlouhodobě nemocné klienty staršího, ale i mladšího věku. Jsou to nemocní, u kterých je již ukončen diagnostický proces a charakter jejich nemocí vyžaduje dlouhodobou sesterskou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Důležitou roli v péči o tyto klienty hraje právě rehabilitační péče, která probíhá přímo na oddělení, kontinuálně i několikrát denně dle potřeby. Velký důraz je kladen vedle pohybové aktivity i na psychickou aktivitu nemocných (např. léčba prací) a také se zdůrazňuje individuální přístup k hospitalizovaným.

Hospicová péče - Forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného. Hospicová péče má tři základní formy – domácí hospicová péče, stacionáře (denní pobyty) a lůžková hospicová péče (Hospice [online]).

Domácí ošetrovatelská péče / home care – je to odborná zdravotní péče, která je poskytována v domácím prostředí seniora a je určena těm lidem, kteří nemusí být hospitalizováni v nemocnici. Poskytovatelem této formy péče jsou agentury domácí péče. Smyslem této péče je ošetřovat nemocného v jeho domácím prostředí, kde se cítí dobře a je zde šťastný a spokojený. Tato domácí zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění a indikuje ji praktický lékař (Mlýnková, J. 2011).

Sociální péče

Zákon o sociálních službách přesně stanovuje druhy všech zřizovaných zařízení sociálních služeb, definuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb a jednotlivé služby sociální péče (Malíková, E. 2011).

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí

a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí (Zákon 108/2006 Sb., § 38).

Osobní asistence – Osobní asistence je terénní služba, která je seniorům poskytována v jejich domácím prostředí. V předem domluveném čase osobní asistent pomáhá seniorovi při těch činnostech, na kterých se domluví na základě toho, co klient potřebuje. Osobní asistence není časově omezena, je určena na základě domluvy mezi klientem a osobním asistentem. (Péče o seniory [online]).

Pečovatelská služba – jedná se o terénní službu seniorům v jejich domácím prostředí a je poskytována ve vymezeném provozním čase. Pomáhá seniorům se sníženou soběstačností zvládnout péči o vlastní osobu a domácnost. Pracovníci pečovatelské služby dochází do domácnosti seniorů, kteří mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Do nabídky pečovatelské služby obvykle patří nákupy, pomoc s hygienou, úklid domácnosti, donáška oběda apod. (Péče o seniory [online]).

Odlehčovací služby (respitní, sdílené služby) – odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované seniorům, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (Zákon 108/2006 Sb., § 44).

Centra denních služeb – jedná se o dříve nazývané „domovinky“ a centra osobní hygieny. Je to ambulantní typ služby, kdy do centra docházejí osoby se sníženou soběstačností a je jim zde poskytována pomoc při řadě činností (např. při osobní hygieně, při vyřizování osobních záležitostí) a jsou jim nabízeny sociálně terapeutické činnosti (Malíková, E. 2011).

Denní stacionáře – jedná se o ambulantní službu. Do stacionáře pravidelně dochází osoby se sníženou soběstačností. Provádějí se zde aktivizační a sociálně terapeutické činnosti a uživatelům je tu poskytována komplexní péče v potřebném rozsahu (Malíková, E. 2011).

Týdenní stacionář - týdenní stacionáře poskytují služby pobytového typu seniorům se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Týdenní stacionáře nabízejí možnost pobytu seniorů od pondělí do pátku a na víkendy obvykle jezdí senioři domů či do domácnosti blízké osoby. V některých týdenních stacionářích je možno setrvat i přes víkend (Péče o seniory [online]).

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 (Malíková, E. 2011).

Domov se zvláštním režimem - domovy se zvláštním režimem je označení pro celoroční pobytová zařízení pro seniory, kteří z důvodu svého onemocnění či postižení potřebují speciální služby. Velmi často se jedná o klienty s Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demencí. Kromě ubytování a stravy nabízí domovy obvykle také řadu denních aktivit (např. cvičení, vycházky, poslech četby...) přizpůsobených potřebám lidí se syndromem demence (Péče o seniory [online]).

3. 3 Standardy kvality sociálních služeb

Po roce 1989 začalo v České republice docházet k zásadním změnám v oblasti sociální práce, sociální služby od té doby procházely procesem transformace. Změny v pojetí sociálních služeb souvisejí s rozvojem občanské společnosti, ve které se občan stává postupně subjektem – uživatelem služeb, přičemž důraz je kladen na práva a povinnosti každého občana. Další změnu přinesl rozvoj neziskového sektoru; sociální péči již nezajišťuje pouze stát, ale široké spektrum poskytovatelů. A právě toto bouřlivé období rozšiřování druhů sociálních služeb s sebou přineslo potřebu zaměřit pozornost na kvalitu poskytovaných služeb, na stanovení pravidel, na přístup ke klientům a na odbornost pracovníků, kteří toto zajišťují, sladit představy o tom, co znamená „kvalitně poskytovaná služba“, pojmenovat, v čem kvalita spočívá, a nastavit laťku, která se stane oporou pro nasměrování služby (Kolektiv autorů, 2011).

Standardy kvality sociálních služeb vytvářejí soubor kritérií stanovených jako norma kvality poskytované sociální služby a vztahují se na všechny druhy sociálních služeb. Povinnost poskytovatele sociálních služeb je dána v § 88 díl 2, písmeno h) zákona č. 108/2006 o sociálních službách. Tvoří důležitou oblast v poskytování sociálních služeb. Plné znění standardů je v příloze č. 2 Vyhlášky MPSV ČR č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Sociální standardy vypracované pro Českou republiku jsou plně vypracované v souladu s požadavky evropské unie, principy Evropského sociálního modelu a s politikou sociálního začleňování (Malíková, E. 2011).

Herman a kol (2008) uvádí, že význam standardů spočívá v tom, že popis, jak má vypadat kvalitní sociální služba, je přínosem pro poskytovatele i pro uživatele služeb. Aby ale standardy mohly tuto svou funkci naplňovat, je třeba jim porozumět. Velký přínos sociálních standardů je také v tom, že při jejich plošném, celonárodním použití je možné porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb a zařízení se stejným druhem služby. Kromě možnosti srovnání sociální standardy dále garantují úroveň a kvalitu poskytované služby (Malíková, E. 2011).

Kolektiv autorů, 2011 uvádí mezi cíle standardů kvality sociálních služeb zvýšení kvality poskytovaných služeb, zajištění ochrany práv a svobod uživatelů sociálních služeb, podpora rovného přístupu (např. ke vzdělání, práci) a plnohodnotného života uživatelů sociálních služeb a tím aplikovat politiku sociálního začleňování, podpora setrvání člověka nacházejícího se v nepříznivé osobní situaci v jeho přirozeném prostředí a podpora přirozeného zdroje uživatelů služeb, jejich nezávislost a autonomie.

Standardy jsou rozděleny do tří základních částí (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, 2003):

Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.

Standard 1 – Cíle a způsoby poskytování služeb

Standard 2 – Ochrana práv uživatelů

Standard 3 – Jednání se zájemcem o službu

Standard 4 – Dohoda o poskytování služby

Standard 5 – Plánování a průběh služby

Standard 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb

Standard 8 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Při poskytování služeb nejsou možné dodatečné opravy nebo vyřazení zmetků. Nepovedenou službu nelze dodatečně vyřadit. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.

Standard 9 – Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců

Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustředí se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality.

Standard 11 – Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard 12 – Informovanost o poskytované sociální službě

Standard 13 – Prostředí a podmínky

Standard 14 – Nouzové a havarijní situace

Standard 15 – Zvyšování služeb

Standardy kvality sociálních služeb mají vztah k uživatelům (stanovují, co mohou od služby očekávat), k poskytovatelům (říkají, jak mají poskytovat dobré služby) a ke zřizovatelům (dávají jim konkrétní informace o úrovni služeb a dalších potřebách jejich rozvoje). Mají také vztah k veřejnosti. Například ovlivňují veřejné mínění, zvyšují statut sociálních služeb (Kolektiv autorů, 2011).

S vypracovanými standardy kvality sociálních služeb jsou podrobně seznámeni všichni pracovníci organizace, která sociální služby poskytuje. Standardy musí být umístěny tak, aby byly trvale přístupné všem pracovníkům. Vypracované standardy musí být pravidelně přehodnocovány a aktualizovány, aby svým obsahem odpovídaly stávající situaci a možnostem a podporovaly zvyšování kvality poskytovaných služeb. Na aktualizaci, úpravách a rozšíření náplní standardů se podílejí všichni zainteresovaní pracovníci (Malíková, E. 2011).

Synchronně s aktualizací sociálních standardů musí probíhat i úprava a aktualizace vnitřních pravidel pro klienty a vnitřních předpisů pro pracovníky. Pokud

to úpravy v sociálních standardech vyžadují, musí být provedena i aktualizace/změna souvisejících vnitřních organizačních norem (vnitřního předpisu, metodického pokynu atd.). Veškeré dokumenty vztahující se k poskytovaným sociálním službám v zařízení musí být jednotné, vzájemně provázané a aktuálně platné (Malíková, E. 2011).

3.4 Individuální plánování

Povinnost poskytovat uživatelům plánovaný průběh sociální služby je stanovena v sociálním standardu č. 5 a vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 88. Zde se uvádí, že poskytovatel má povinnost plánovat, písemně vést sociální službu. Podle Vyhlášky č. 505/2006, přílohy č. 2 tuto povinnost individuálního plánování prověřují inspekce, které posuzují nejen to, zda je standard v zařízení splňován, ale také to, v jakém rozsahu a s jakou kvalitou (Malíková, E. 2011).

Sociální standard č. 5 slouží k dosažení konkrétních, reálných a průkazných výsledků poskytovaných služeb. Jeho význam potvrzuje i fakt, že má celkem pět kritérií, z čehož první čtyři jsou zásadní tedy povinná a musí být v plné míře naplněna (Malíková, E. 2011).

Standard č. 5 – Individuální plánování sociální služby (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, 2003)

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby. Podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

Standard č. 5 je jakýmsi návodem zejména pro klíčové pracovníky, ze kterého by měli vyčíst, jakým způsobem se plánuje s uživateli tak, aby výsledkem byl smysluplný individuální plán. Protože práce s uživateli je v sociálních službách zásadní, považuje M. Hauke (2011) tento standard za klíčový.

Velmi důležité ale je, aby organizace nezaměřily pozornost pouze na standard č. 5, ale dobře zpracovali i ostatní standardy (Kolektiv autorů, 2011).

Provázanost individuálního plánování s dalšími standardy kvality

Individuální plánování nelze vnímat izolovaně, ale v kontextu celého zákona a v kontextu celé služby. Má úzkou souvislost na poslání služby, na její cíle a způsob poskytování (standard č. 1). Dále souvisí s uzavíráním smlouvy o poskytování sociální služby mezi poskytovatelem a uživatelem, kde jsou stanovena základní práva a povinnosti obou stran (standard č. 4). Již zde je zakotveno, že služba je poskytována na základě individuálních potřeb, cílů a přání klienta. Ještě před uzavřením smlouvy jsou při jednání se zájemcem o službu vyjednávány představy a potřeby zájemce o službu a možnosti poskytovatele (standard č. 3). Další souvislost je z oblastí ochrany práv osob (standard č. 2), kde v situacích možného porušování práv uživatelů a střetu zájmů jsou zakotvena pravidla pro prevenci a řešení rizikových situací. Také dokumentace o poskytované službě (standard č. 6) se prolíná s individuálním plánováním. Poskytovatel stanovuje pravidla pro vedení dokumentace od jejího obsahu až po uložení. V neposlední řadě i oblast zvyšování kvality služby (standard č. 15) souvisí s plánováním služby. Tak jak se postupně zvyšuje schopnost pracovníků dobře s uživatelem plánovat a vyhodnocovat průběh služby, zvyšuje se kvalita celé služby (Kolektiv autorů, 2011).

Nelze opomenout ani návaznost služby na další dostupné zdroje (standard č. 8), kdy např. pro naplnění osobního cíle uživatele je zapotřebí spolupracovat s dalšími institucemi či odborníky tak, aby uživatel mohl využívat běžných zdrojů, které společnost nabízí. Stejně tak možnost stížností na kvalitu služby a způsob jejího poskytování (standard č. 7) souvisí s individuálním plánováním, např. pokud klient

nabývá pocitu, že služba není podle jeho potřeb a cílů nebo s ním průběh služby není vůbec plánován. I personální standardy (standard č. 9 a 10), které ošetřují potřebnou kvalifikaci a profesní rozvoj pracovníků, reflektují podněty z individuálního plánování (např. plánování služby zakomponované v náplních práce, identifikace slabých stránek klíčových pracovníků a následné zapracování do vzdělávacích plánů) (Kolektiv autorů, 2011).

V průběhu individuálního plánování je posilována autorita uživatele a jeho kompetence ve smyslu rozpoznání, zda služba je pro něj vhodná, příslušná. Zda sleduje nejen jeho potřeby, cíle a hodnoty, ale zároveň zda způsoby a prostředky dosahování těchto cílů odpovídají jeho dovednostem, možnostem a potřebě bezpečí. Uživateli přináší individuální plánování pocit bezpečí: rozumí tomu, co se bude dít a jak, vidí, že se o ně někdo zajímá o jejich případ. Tvorba plánu může být také nástrojem pro aktivizaci, rozvoj dovedností a motivaci uživatelů služeb – mají možnost ujasnit si své preference a potřeby, mohou se učit rozhodovat a ovlivňovat svůj život (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Pro poskytovatele služeb je podstatné, že proces individuálního plánování umožní zachovat standardní kvalitu služeb i v době různých změn (např. střídání pracovníků), zvyšuje účinnost služeb tím, že všichni vědí, co dělat, a směřují ke stejnému cíli, jednotlivé kroky jsou konány a zdroje jsou využívány s rozmyslem. Pro organizaci přináší individuální plánování možnost rozvíjet sociální služby na základě systematicky podchycených potřeb uživatelů služeb. V neposlední řadě individuální plánování poskytuje bezpečí pro poskytovatele. Ví, na čem se s uživatelem dohodl a proč dělá to, co dělá. Individuální plánování se může stát také nástrojem kontroly uvnitř organizace. Vyhodnocování výsledků poskytování služeb přináší navíc motivaci a uspokojení pracovníků (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Individuální plánování je proces složený z několika částí, které jsou důležité pro pracovníka i pro klienta. Mezi tyto části patří zkoumání situace, tvorba plánů, realizace plánu a vyhodnocení. Tento proces se může neustále opakovat (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Individuální plánování je kontinuální, záměrný, strukturovaný proces, při němž se stanovují kroky (prostředky), jimiž je třeba dosáhnout požadované změny. (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Individuální plánování je tedy proces, ve kterém uživatel a poskytovatel hledají cíle, které bude uživatel ve spolupráci s poskytovatelem dosahovat – budou tedy hledat „společný cíl práce“. Tento „cíl společné práce“ je popis toho, jak bude vypadat změna nepříznivé situace, v níž se uživatel nachází. V závislosti na dohodnutém cíli je pak naplánován postup, jak tohoto cíle bude postupně dosaženo. Služby jsou plánovány individuálně s ohledem na vnitřní možnosti a schopnosti uživatele tak, aby byly podporou a aby směřovaly k maximální možné míře samostatnosti a nezávislosti (Hauke, M. 2011).

3. 5 Role klíčového pracovníka a individuální plán

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona, stanovují poskytovatelům sociálních služeb povinnost určit každému uživateli zaměstnance pro individuální plánování průběhu sociální služby. Tento pracovník poskytovatele má dle standardu kvality č. 5 plánovat společně s uživatelem průběh poskytování sociální služby s ohledem na jeho osobní cíle a možnosti a průběžně s uživatelem hodnotit, zda jsou jeho osobní cíle naplňovány. Zaměstnanec poskytovatele určený pro individuální plánování se nejčastěji nazývá „klíčový pracovník“ (Kolektiv autorů, 2011).

Zákon o sociálních službách přímo neuvádí, kdo by měl být klíčovým pracovníkem. Nepřímo a samozřejmě i logicky lze však dovodit, že by to měl být zaměstnanec, který je s uživatelem v pravidelném a relativně častém kontaktu. Nejvíce klíčových pracovníků tedy nalezneme mezi pracovníky v sociálních službách (záleží samozřejmě na typu poskytované sociální služby), hned za nimi následuje pozice sociálních pracovníků (Kolektiv autorů, 2011).

Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele, který je na základě zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu sociální služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů. Je to tedy zaměstnanec poskytovatele, který má určité kompetence, zastává většinou souběh rolí, nese zodpovědnost za plánování a průběh služby. Pro uživatele služby je klíčový pracovník často nejen partnerem pro naplňování a průběh služby, ale také důvěrníkem. Někým, na koho se může kdykoliv obrátit,

kdo mu umí zprostředkovat pomoc, rozumí mu, komu se může svěřit a s kým se cítí bezpečně. Je proto velmi důležité při přiřazování klíčových pracovníků jednotlivým uživatelům brát v potaz jejich dosavadní vzájemné vztahy, kvalitu komunikace, sympatie či nesympatie. Fungování partnerské dvojice klíčový pracovník – uživatel může pozitivně i negativně ovlivňovat velké množství faktorů. Může vzniknout i situace, kdy tato dvojice není schopná partnerské komunikace a spolupráce. V takovémto případě je lepší volit změnu klíčového pracovníka; uživatel i pracovníci mají na tuto změnu právo (Kolektiv autorů, 2011).

Je důležité si uvědomit, jaký význam má pro člověka jeho klíčový pracovník. Je to ten, za kterým mohu kdykoli jít, rozumí mi, umí pro mě zprostředkovat pomoc apod. Výhodou zavedení systému klíčových pracovníků je zmenšení či odstranění nevýhod spojených s poskytováním neměnných bloků péče bez ohledu na individuální potřeby uživatele, poskytnutí uspořádaných podkladů pro dlouhodobé individuální plánování služeb, zpřehlednění a uspořádání roztržštěných služeb do souvislého, navazujícího systému, zvýšení motivace pracovníků v přímé péči přenesením vyšší odpovědnosti na pracovníky (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Role klíčového pracovníka se odvíjí od charakteru služby. Může to být poradce či terapeut, člověk, který vyhledává a kontaktuje uživatele služeb, obhájce, který hájí jeho práva apod. Častější je kombinace rolí (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Klíčový pracovník však nemusí být jediným člověkem, který se spolu s uživatelem služby účastní plánování. V souladu se standardy by tento pracovník měl zajistit koordinaci celého procesu, ale v závislosti na charakteru služby a vůli uživatele se do procesu plánování mohou zapojit další osoby. Zejména ve službách spojených s ubytováním bývá do plánování zapojeno více lidí (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Dle E. Malíkové (2011) může být ve složení pracovního týmu koordinátor plánování, moderátor, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách – klíčoví pracovníci důvěrník klienta, všeobecné sestry, aktivizační sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, pracovníci pro volnočasové aktivity, psycholog a další pracovníci v zařízení.

Dalšími účastníky plánování bývají lidé, kteří poskytují nebo mohou poskytovat uživateli přirozenou podporu. Jsou to blízcí lidé uživatele (rodiče, sourozenci, děti, životní partneři, přátelé, bývalí sousedé), opatrovník, spolupracovníci z práce, lidé z místní komunity, s kterými se uživatel při různých příležitostech setkává. Potřebuje-li uživatel k tomu, aby mohl vést kvalitní život odborníky (jako jsou logoped, specialista na augmentativní a alternativní komunikace, neurolog, terapeut, dietolog a další), mohou se stát součástí plánování i oni (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Činnost pracovníků při individuálním plánování znamená nejen zcela nový přístup ke klientům, ale vyžaduje také splnění dalších významných požadavků. Zcela zásadním faktorem ovlivňujícím úspěch či neúspěch individuálního plánování je správně organizovaná a hladce fungující činnost celého pracovního týmu. Proto je v pátém standardu zdůrazněno, že jde o zcela nový způsob komunikace a spolupráce všech pracovníků, kteří se na zajištění péče a poskytování sociální služby klienta podílejí. Znamená to nepřetržitou komunikaci mezi pracovníky a komunikaci vhodnými technikami s klienty, předávání a výměnu informací a dodržování jednotného přístupu ke klientům (Malíková, E. 2011).

Dle E. Malíkové (2011) musí při funkční týmové spolupráci vždy probíhat:

- Kontinuální předávání informací, postřehů a výsledků pozorování
- Výměna zkušeností mezi pracovníky
- Vzájemné konzultace a pomoc (např. při provádění intuitivních technik, při analýze zjištěných výsledků apod.)
- Poskytování vzájemné podpory a pomoci, především v komplikovaných, neobvyklých či mimořádně náročných situacích

Proto je možné funkční týmovou spolupráci při individuálním plánování charakterizovat jako činnost multidisciplinárního týmu (Malíková, E. 2011).

Funkce klíčového pracovníka

Klíčový pracovník má tedy v organizaci funkci zástupce či velvyslance poskytovatele pro vyjednávání s uživateli o rozsahu a podobě individuálně poskytované sociální služby (Kolektiv autorů, 2011).

Klíčový pracovník v rámci své činnosti:

- a) Pomáhá uživateli při formulování potřeb a osobních cílů, formulování priorit, podporuje uživatele k využití jeho vlastních vnitřních zdrojů pro naplnění potřeb a dosažení těchto cílů,
- b) Projednává s uživatelem poskytování služby, podpory a péče (inventura průběhu služby), ověřuje spokojenost, potřebnost dojednané podpory, domlouvá případně jiná řešení (Kolektiv autorů, 2011).

Individuální plánování služby tedy probíhá vždy formou dialogu mezi klíčovým pracovníkem a uživatelem služby. Jedná se především o setkání, jejichž výstupem je dojednání (uzavření kontraktu) mezi uživatelem a poskytovatelem o rozsahu poskytované sociální služby, o míře individuální podpory a případně péče, o způsobu poskytování, o zapojení článků plánovacího a realizačního týmu, o míře zapojení vlastních zdrojů uživatele. Dále je dojednáno způsob ověření a vyhodnocení naplňování osobních cílů. Klíčový pracovník je zodpovědný za individuální plány a jejich realizaci (Kolektiv autorů, 2011).

Individuální plán

Individuální plánování a jeho výsledek – plán, můžeme chápat jako smluvní proces a určitý druh smlouvy, kontraktu. Každý individuální plán (stejně jako smlouva) je vyjádřením vzájemného závazku a vymezením odpovědností zúčastněných stran. Je vyjádřením vzájemného porozumění a pochopení procesu, který bude následovat. Stává se základním a výchozím vodítkem pro vzájemný vztah a spolupráci, vytváří strukturu a poskytuje bezpečí. Je zároveň vyústěním již probíhajícího procesu vyjednávání a poskytování informací. Jde o kvalitativně významný proces, který nelze zcela jednoznačně rámovat časem či počtem setkání. Klíčem je zajistit, aby uživatel dostatečně jasně porozuměl jejich celému kontextu služby, podmínkám, principům a dokázal si uvědomit jejich vliv a dopad na řešení „svého problému“ (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Forma individuálního plánu může být rozmanitá. Odvíjí se zejména od charakteru služby a možností klienta. Například u krátkodobých služeb, jako je poradenství, může být plán formulován pouze ústně. U dlouhodobých, intenzivních služeb musí být plány z praktických důvodů zachyceny v písemné podobě. Neznamená

to ale nutnost zpracovat slohové cvičení. V zájmu co největšího porozumění plánu ze strany klienta může individuální plán být zpracován na velkém papíře a zobrazen pomocí jednoduchých obrázků, fotek apod. Individuální plánování může být pojato jako velmi tvůrčí činnost, která nemá nic společného s formalitami, kterých se poskytovatelé často obávají (Výkladový sborník pro poskytovatele, 2006).

Sdílení v týmu

Klíčový pracovník informuje pracovní tým o průběhu a výstupech plánování služby s uživatelem. Tým pracovníků mu může poskytnout zpětnou vazbu či náměty pro konkretizaci realizaci plánu (Kolektiv autorů, 2011).

Realizace dojednané podpory a záznam průběhu služby

Realizaci dojednané podpory zajišťuje celý pracovní tým. Realizace trvá do změny situace uživatele (nové potřeby a cíle) nebo stanoveného data přehodnocení plánu. V tomto okamžiku probíhá nové plánování služby, které opět začíná rozhovorem o vyhodnocení způsobu poskytované podpory (Kolektiv autorů, 2011).

Shrnutí

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách přinesl zcela nový systém, zavádí nové pojmy, narovnává postavení jednotlivých poskytovatelů, zlepšuje postavení uživatelů sociálních služeb, nastavuje systém, který zavádí kvalitativní prvky a kvalitu měří a stimuluje, akceptuje oblast lidských práv a svobod.

Zákon o sociálních službách mimo jiné stanovuje povinnost poskytovatelům individuálně plánovat průběh sociální služby. Zaměstnanec poskytovatele určený pro individuální plánování se nejčastěji nazývá „klíčový pracovník“. V průběhu individuálního plánování je posilována autorita uživatele a jeho kompetence ve smyslu rozpoznání, zda služba je pro něj vhodná, příslušná. Individuální plánování a jeho výsledek – plán, je vyjádřením vzájemného závazku a vymezením odpovědností zúčastněných stran. Je vyjádřením vzájemného porozumění a pochopení procesu, který bude následovat.

4. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH URČENÝCH PRO SENIORY (empirická část)

4.1 Cíl, výzkumné otázky a metody

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit, jakým způsobem probíhá individuální plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb určených pro seniory.

Dílčími cíli výzkumné části bylo analyzovat rozdíly v individuálním plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb a poukázat na možnosti rozdílných formulací osobních cílů u seniorů v rámci jednotlivých zařízení sociálních služeb.

Na základě dílčích cílů výzkumné části diplomové práce byly ve výzkumném šetření formulovány tyto **výzkumné otázky**:

1. Jak probíhá proces individuálního plánování v jednotlivých zařízeních? Vyskytují se při individuálním plánování v rámci různých charakterů sociálních služeb?
2. Existují rozdíly v metodách používaných při individuálním plánování v jednotlivých zařízeních?
3. Liší se složení pracovního týmu při individuálním plánování v jednotlivých zařízeních?
4. Jakou povahu mají osobní cíle uživatelů v jednotlivých zařízeních?
5. Existují rozdíly v přístupu klientů k individuálnímu plánování v jednotlivých zařízeních?
6. Jak probíhá hodnocení individuálních plánů v jednotlivých zařízeních?

Na základě výzkumných otázek byly stanoveny oblasti, na které je nutné se při rozhovoru zaměřit:

- Způsob, kterým probíhá v zařízení proces individuálního plánování.
- Složení pracovního týmu účastnícího se na individuálním plánování u jednotlivých seniorů a v jednotlivých zařízeních.
- Metody, které zařízení používá při zjišťování osobních cílů seniorů.

- Má každý klient zařízení svého klíčového pracovníka.
- Kolik seniorů má jeden klíčový pracovník na starosti.
- Kdo je v zařízení odpovědný za individuální plány a jejich realizaci.
- Existuje v jednotlivých zařízeních možnost změny klíčového pracovníka.
- Jak klienti přijímají, chápou individuální plánování i roli klíčového pracovníka.
- Specifika individuálního plánování u klientů v různých zařízeních sociálních služeb.
- Dokumentace, kterou si zařízení v souvislosti s individuálním plánováním (např. individuální plán, dokumentace v procesu identifikace potřeb, dokumentace o naplňování cílů atd.)
- Povaha individuálních plánů, která v daném zařízení převažuje – aktivizační (rehabilitace), udržení stávajícího stavu či splnění nějakého přání (např. kontakt s rodinou).
- Jakým způsobem probíhá v zařízení ověření a vyhodnocení naplňování osobních cílů.

Ve výzkumném šetření diplomové práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu a byla použita technika případové studie, pozorování, technika volného rozhovoru (s pracovníky zařízení sociálních služeb) a technika analýzy dokumentů (směrnice, dokumentace zařízení, individuální plány).

Kvalitativní výzkum jsem si vybrala, neboť přistupuje ke zkoumaným jevům se snahou popsat je v jejich jedinečnosti, hloubce a se zachycením jejich specifických rysů. Kvalitativním výzkumem se nepopisují rozsáhlé soubory jevů nebo subjektů, ale jednotlivé případy a lze díky němu popsat názory a prožitky jednotlivých aktérů pozorovaných procesů (Průcha, J. 2000).

Dále předpokládám, že díky případové studii dokáži zachytit složitost případu a popis vztahů v jejich celistvosti. V případové studii můžeme studovat jeden případ nebo několik málo případů a sbírat velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců. Rozhovor pomocí otevřených otázek mi umožní zachytit výpovědi v jejich přirozené podobě. Technika pozorování je samozřejmou částí výzkumných akcí kvalitativního charakteru. V kvalitativním výzkumu se používá promyšlené pozorování, které nám pomáhá doplnit naši zprávu. Poslední zvolená technika analýza dokumentů, otevírá přístup k informacím, které by se jiným způsob těžko získaly (Hendl, J. 2005).

4. 2 Charakteristiky zařízení

Výzkumné šetření bylo prováděno ve čtyřech zařízeních, a to v Domově pro seniory Třebíč – Manž. Curieových, v Pečovatelské službě Dianě Třebíč, o.p.s., v Denním stacionáři pro seniory a zdravotně postižené Domovinka Třebíč a zařízení Osobní asistence. Všechna zkoumaná zařízení projevila souhlas s uveřejněním názvu zařízení, informacemi uvedených o zařízení i uveřejněním ukázek formulářů vypracovaných k individuálnímu plánování.

Tyto čtyři různorodé zařízení jsem si zvolila proto, neboť mě velmi zajímalo, zda-li existují nějaké rozdíly v individuálním plánování v různých typech zařízení sociálních služeb, zda jsou rozdíly v tom, jak zaměstnanci v těchto různorodých zařízeních stanovují osobní cíle a celkově povaha těchto osobních cílů.

DOMOV PRO SENIORY TŘEBÍČ – MANŽ. CURIEOVÝCH, příspěvková organizace

Domov pro seniory Třebíč – Manž. Curieových je moderní bezbariérové zařízení poskytující celoroční ubytování a nepřetržitou, 24–hodinovou péči svým uživatelům. Zařízení je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Kraj Vysočina. Kapacita zařízení je 193 míst na pobyt trvalý a 2 místa pro odlehčovací službu.

Poslání Domova pro seniory Třebíč - Manž. Curieových je zajistit individuální péči a podporu seniorům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, kdy potřebují pravidelnou pomoc. Při poskytování péče uživatelům vyháází zařízení z jejich přání a potřeb, motivuje je k zachování vlastní soběstačnosti, podporuje v aktivním prožívání volného času a v důstojném prostředí a příjemné atmosféře umožňuje seniorům vést podobný způsob života, jaký by vedli v domácím prostředí.

Sociální služba je určena pro seniory od 65 let, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Cíle služby jsou vytvořit zařízení pracující na moderních principech řízení a péče, které zajišťuje důstojné, příjemné a bezpečné prostředí pro všechny uživatele, naplňovat standardy kvality péče, zajišťovat individuální péči a podporu dle přání a osobních cílů každého uživatele, udržovat nebo obnovovat soběstačnost a zájmy

uživatelé o dění kolem sebe, udržovat a rozvíjet pohybové a kognitivní schopnosti uživatelů rehabilitací a aktivizační činností. Mezi další cíle zařízení patří aktivní zapojení uživatelů do společenského života, možnost aktivního prožívání volného času prostřednictvím pestré nabídky volnočasových aktivit a poskytování přiměřené péče dle individuálních potřeb uživatelů.

Mezi **principy (zásady) poskytované služby** v zařízení patří poskytnutí kvalitní pobytové služby na základě individuálního přístupu, respektování soukromí a individuálních potřeb, respektování svobodného rozhodování uživatelů, vzájemná spolupráce a udržování kontaktu s jejich sociálním prostředím (předcházet tak riziko sociálního vyloučení) a vedení efektivní komunikace s uživateli a jejich rodinnými příslušníky. Zařízení klade velký důraz na udržování kontaktů a přirozených vazeb každého uživatele se členy své rodiny a k udržení jejich pozitivního přístupu k životu.

Zařízení poskytuje základní činnosti podle §5 vyhlášky č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

DIANA TŘEBÍČ, o.p.s.

DIANA TŘEBÍČ, obecně prospěšná společnost, je nezisková organizace zajišťující terénní sociální služby v domácnostech klientů.

Posláním pečovatelské služby je pomoci osobám v nepříznivé životní situaci žít i nadále běžným způsobem života v jejich sociálním prostředí a snaha o podporu jejich soběstačnosti zejména prostřednictvím realizace pečovatelské služby v domácím prostředí klientů.

Pečovatelská služba je určena osobám, u nichž došlo k oslabení nebo ztrátě schopnosti sebeobsluhy a následkem věku nebo nepříznivého zdravotního stavu si nemohou zajistit základní úkony péče o vlastní osobu a domácnost samy nebo za pomoci rodiny.

Cílem služby je setrvání uživatele služeb co možná nejdéle ve svém domácím prostředí, snaha o eliminaci rezidenční péče, napomáhat ke zlepšování kvality života dlouhodobě nemocných, osob se zdravotním postižením a seniorů po fyzické, psychické

i duchovní strážce a obnova, podpora a udržování fyzické, psychické i sociální aktivity uživatelů služeb, snaha o jejich začlenění do společnosti.

Mezi **hlavní zásady** organizace patří sledování osobních cílů jednotlivých uživatelů, realizace služby podle potřeb uživatelů bez ohledu na jejich věk, pohlaví, rasu či náboženské vyznání. Samozřejmostí je respektování individuálních potřeb uživatelů a využívání přirozené sociální sítě uživatele - zapojení ostatních členů rodiny, přátel nebo známých do péče o klienta.

Zařízení poskytuje základní činnosti podle §5 vyhlášky č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Další úkony nad rámec základních činností lze nasmlouvat **fakultativně** – vychází se z individuálních požadavků klienta a aktuálních možností poskytovatele.

Pečovatelská služba je dotována státními financemi, obcemi, fyzickými a právnickými osobami a částečně hrazená klienty.

Provoz poskytovaných služeb je nepřetržitý – služby jsou zajišťovány ve všední dny, i ve dnech pracovního klidu.

DOMOVINKA TŘEBÍČ - Denní stacionář pro seniory a zdravotně postižené

Posláním zařízení je umožnit seniorům a lidem se zdravotním postižením z regionu Třebíč zůstat co nejvíce zapojeni do života společnosti. Pomáhat rozvíjet či udržovat jejich schopnosti a soběstačnost, zabezpečovat potřeby, docílit toho, aby se necítili osamoceni a smysluplně prožívali každý den.

Mezi **zásady služby** patří respektování a ochrana důstojnosti, svobody rozhodování a soukromí každého člověka. Zařízení uznává jedinečnost každého uživatele a přizpůsobuje mu poskytované služby. Vytváří příjemné a bezpečné prostředí. Zaměstnanci pracují odpovědně a odborně, s trpělivostí a citlivým přístupem. Pro zařízení je samozřejmostí spolupráce s rodinou a dalšími osobami a institucemi zapojenými do poskytování pomoci.

Cíle služeb zařízení se zaměřují na rozvoj či udržení současných schopností a dovedností uživatele, posílení soběstačnosti, poskytnutí potřebné odborné pomoci

a péči, možnost navazovat společenské vztahy, prožívat radost a upevňovat své sebevědomí v kolektivu a přitom setrvat ve svém rodinném prostředí.

Cílovou skupinou jsou senioři starší 65-ti let a dospělí lidé se zdravotním postižením, kteří jsou osamělí, mají sníženou soběstačnost, potřebují dohled a péči v průběhu dne, cítí se neužiteční nebo ztratili smysl života.

Pracovní doba v zařízení je v pracovní dny od 7 do 16 hodin. Každý návštěvník si sám určuje, v kterých dnech a v jakém rozsahu služeb Domovinky využije. Denní kapacita zařízení je 15 uživatelů.

K **základním poskytovaným činnostem** patří pomoc při zvládání péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (povídání, pomoc při komunikaci, podpora vztahů s rodinou a dalšími lidmi, přijímání návštěv, přednášky, koncerty, vycházky, doprovod při jednání v blízkém okolí, akce pro veřejnost...), pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (sociální poradenství, zprostředkování služeb jiných poskytovatelů- např. objednání k lékařům, doprovod při jednání v blízkém okolí, pochůzky v blízkém okolí zařízení, vytelefonování osobních záležitostí...)

Fakultativní (doplňkové) činnosti, které zařízení poskytuje je doprava autem do zařízení a zpět (ze vzdálenosti nad 5 km jen po domluvě – dle možností zařízení), duchovní péče.

OBLASTNÍ CHARITA TŘEBÍČ - OSOBNÍ ASISTENCE

Posláním Osobní asistence Třebíč je pomoc dětem, dospělým a seniorům se zdravotním znevýhodněním, kteří se o sebe nemohou plně postarat a potřebují asistenci druhé osoby k zajištění základních lidských potřeb. Umožnit jim žít v přirozeném prostředí a plně využít svých dosavadních schopností a dovedností. Poskytnout pomoc a podporu rodinám, které pečují o své blízké.

Cílovou skupinu tvoří děti, dospělí a senioři se zdravotním znevýhodněním, kteří žijí v regionu Třebíč a jejich zdravotní stav umožňuje péči v přirozeném prostředí.

Hlavním cílem služby osobní asistence je podporovat osoby v jejich fyzické a psychické soběstačnosti a umožnit jim zapojení do běžného života společnosti. Mezi **dílčí cíle** služby patří snaha o samostatnost uživatele služby, snaha o udržení a rozvoj již naučených dovedností a schopností, snaha o udržení schopnosti komunikace, snaha přispívat k udržení nebo zlepšení fyzického a psychického stavu uživatele a zprostředkování sociálního kontaktu.

Zásady poskytování služby je dodržování práv uživatelů, atmosféra důvěry, bezpečí, úcty a zodpovědnosti. Samozřejmostí je individuální přístup k uživateli, zachování lidské důstojnosti a respektování soukromí uživatele. Mezi dalšími zásady se řadí spolehlivost, spolupráce, prevence sociálního vyloučení a návaznost sociálních služeb.

Obsah poskytovaných služeb je individuální a dle potřeb uživatele a je vymezen smlouvou. Zařízení poskytuje základní činnosti podle §5 vyhlášky č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Služba je založena na vzájemné spolupráci mezi uživatelem služby a osobním asistentem. Průběh služby – (upřesnění činností) se zapisuje do **individuálního plánu** uživatele služby podle jeho potřeb a zvyklostí. Uživatel tak může uplatnit svou vůli.

Služba probíhá ve **dvou formách metod práce**: asistence sebeurčující a asistence řízená. Při sebeurčující asistenci si uživatel sám řídí práci a pomoc osobního asistenta. Asistent kompenzuje postižení uživatele, provádí takové úkony, které by uživatel dělal sám, kdyby mohl. Asistence řízená je poskytována uživatelům, kteří vzhledem ke svému postižení nejsou schopni sami řídit práci osobního asistenta.

Služba je hrazena uživatelem ve výši dle platných úhrad za poskytování osobní asistence

4. 3 Případové studie

Výzkum v každém zařízení probíhal ve třech setkáních. Během prvního setkání jsem se domluvila s vedoucím zařízení. Při tomto setkání jsem předala oblasti, na které se budu při mém výzkumu vyptávat, vysvětlila jsem, co v diplomové práci zkoumám a domluvila si schůzku s pracovníkem, který je v zařízení individuálním plánováním

a dohledem na individuálním plánování pověřen. Na druhé schůzce jsme si s tímto pracovníkem povídali o tom, jak v jejich zařízení probíhá proces individuálního plánování a byly mi nabídnuty dokumenty, které si zařízení vypracovalo k individuálnímu plánování. Tyto dokumenty jsem si pečlivě prostudovala. Na další schůzce mi bylo umožněno hovořit s konkrétními klíčovými pracovníky v zařízení. Díky jejich odpovědím, jak individuální plánování v zařízení probíhá v praxi.

Překvapilo mě milé přijetí vedoucích zařízení, i to, že mi umožnili prostudovat jejich interní materiály i samotné individuální plány konkrétních klientů. Veškerý kontakt se zaměstnanci probíhal v příjemné a přátelské atmosféře. Na veškeré dotazy odpovídali a bylo vidět, že své práci rozumí a velmi rádi ji vykonávají.

V každém zařízení mi byla nabídnuta možnost kdykoli přijít a v případě potřeby výzkum doplnit.

DOMOV PRO SENIORY TŘEBÍČ – MANŽ. CURIEOVÝCH, příspěvková organizace

Plánování je důležitou součástí poskytované péče, protože pomáhá zpřehlednit a zvýšit efektivitu poskytovaných služeb. Umožňuje sledovat adaptabilitu uživatele a poskytuje i jeho charakteristiku pro nové zaměstnance. Domov pro seniory Třebíč – Manž. Curieových při plánování poskytovaných služeb a následně při poskytování služeb uživateli vychází vždy z jeho individuálních potřeb. Každý uživatel má přiřazeného pracovníka, který je zodpovědný za plánování a vyhodnocování průběhu služby.

Prvotní dohodnuté osobní cíle mezi uživatelem a sociálním pracovníkem jsou uvedeny ve formuláři *Sociální šetření* a formuláři *Plán sociální péče*. Tyto informace předá sociální pracovník zdravotní sestře, která je rovněž pro uživatele klíčovým pracovníkem, aby mohla navázat tam, kde již spolupráce s uživatelem započala.

Pro uživatele má Domov pro seniory zavedeny osobní *Individuální plány*, které jsou zpracovány do 3 měsíců od nástupu klienta do zařízení. Jde o soubor převážně písemných materiálů, které obsahují vstupní údaje k stanovení míry podpory, kterou uživatel aktuálně potřebuje v běžném životě – diagnostika. Do tohoto plánu

se zaznamenávají úrovně jednotlivých stránek uživatelské osobnosti, jeho dovednosti, schopnosti, záliby atd.

Individuální plán je rozdělen na šest částí (ukázka v Příloze č. 1)

- *sociální dokumentace klienta*
- *individuální plán*
 - část A – péče o prostředí pokoje, stravování,
 - část B – osobní hygiena, pohybový režim,
 - část C – dodržování léčebného režimu oblékání, spánek,
 - část D – kontakt se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a osobních zájmů,
 - část E – další potřeby a užití fakultativních služeb
- *osobní cíle a jejich plnění* (přání klienta – jeho slovy, dohodnutý cíl, zdroje, plán – postup k naplnění osobního cíle, hodnocení)
- *sociální dekurz* (zde se uvádí změny týkající se klienta, zlepšení či zhoršení zdravotního stavu, mimořádné situace -změna klíčového pracovníka, stěhování, mimořádná návštěva kulturní akce, kam klient sám nechodí), *prevence a rizika* (zvážení všech rizik např. pády, dekubity...)
- *úsek fyzio-ergoterapie*

Další součástí plánování služby je individuální *Plán ošetrovatelské péče*. Ten se zabývá zdravotním stavem uživatele. Plán ošetrovatelské péče popisuje, jakým způsobem probíhá ošetrovatelská péče přizpůsobená pro každého uživatele.

Skládá se z ošetrovatelské diagnózy, cíle ošetrovatelské péče, plánu ošetrovatelské péče, hodnocení dosaženého cíle.

Individuální plán ošetrovatelské dokumentace je přehledný a pomáhá lépe dokumentovat ošetrovatelskou péči o uživateli a díky individuálně uzpůsobenému plánu ošetrovatelské péče ví každý pověřený zaměstnanec, jak reagovat v konkrétních situacích, které mohou uživatele potkat. Tyto plány uživatelů jsou uloženy na sesternách.

Práci na plánování a naplňování individuálních plánů zajišťují klíčoví pracovníci prostřednictvím svých pracovních týmů. Do pracovních týmů v zařízení patří koordinátor individuálního plánování (vrchní sestra), klíčoví pracovníci (celkový počet

27, z toho zdravotní sestry - 12, pracovníci přímé obslužné péče 15). Do pracovního týmu jsou zahrnuty i rodinní příslušníci.

Sestry jsou většinou klíčovými pracovníky 8 – 9 klientů, ošetřovatelky přímé obslužné péče jsou klíčovými pracovníky u 6 klientů.

Každý klíčový pracovník vypracovává individuální plány u svých klientů a je za tyto plány odpovědný. Sestry plní i funkci poradce pracovníků přímé obslužné péče. Pokud si nejsou něčím jisti, mohou se na sestry obrátit o radu. Vrchní sestra průběžně individuální plány kontroluje.

V zařízení existuje možnost změny klíčového pracovníka. Tato změna v průběhu poskytování služby je s uživatelem vždy vedoucí projednána s vedoucím ošetřovatelského úseku a zaznamenána v dokumentaci uživatele.

Postup je v tomto případě následující:

Pracovník nebo uživatel podá vedoucí ošetřovatelského úseku písemnou žádost, která obsahuje důvod požadované změny (pokud uživatel nemůže sám žádost podat, může žádost podat osoba, kterou určí nebo je proveden záznam jeho ústní žádosti). Vedoucí ošetřovatelského úseku projedná vždy s pracovníkem a uživatelem závažnost a oprávněnost důvodu uvedeného v žádosti a rozhodne o tom, zda změna proběhne či nikoli. Pokud není někdo z účastníků spokojen s rozhodnutím vedoucí ošetřovatelského úseku, může se pro konečné rozhodnutí odvolat k ředitelce zařízení

Ke změně klíčového pracovníka (a to na žádost uživatele i pracovníka) může dojít maximálně 1x za 1/2 roku. Změna klíčového pracovníka je uvedena záznamem v Individuálním plánu uživatele.

Cíle jsou stanoveny s ohledem na individuální možnosti uživatelů, zohledněny jsou hlavně jejich vlastní potřeby a přání (tam, kde je uživatel schopný je sám pojmenovat, v jiných případech vychází pracovní tým ze znalostí uživatelské osobnosti).

Mezi metody, které se v zařízení používají při zjišťování osobních cílů, patří:

Rozhovor s klientem - uživatel s podporou klíčového pracovníka (někdy ve spolupráci s rodinou.) si stanoví své cíle dlouhodobé (jejich plnění se očekává do 3 měsíců),

eventuelně dle svého přání i cíle krátkodobé, jejíž plnění se očekává do 1 týdne, ev. střednědobé – plnění do 1 měsíce.

Klíčoví pracovníci se zaměřují na dovednosti, které uživatel má a je třeba je posilovat. Při rozhovoru hovoří klíčový pracovník s uživatelem o jeho přáních, o důvodech proč chce nebo musí využívat sociální službu (je donucen okolnostmi, životní situací, apod.). Při rozhovoru užívají například tyto otázky: Proč přicházíte do našeho zařízení?, Co od naší služby očekáváte?, Co přesně od nás potřebujete?, Co je pro vás důležité v každodenním životě?, Jak by měl podle vás vypadat ideální den?, Co by jste si přáli dělat, kde a s kým?, Co vás v životě nejvíce bavilo?, Jaké jste měl vztahy v rodině, s manželem, manželkou?, Co se vám zde v domově líbí?, Co vás v domově zaskočilo, co se vám nelíbí?, Co děláte nerad?, Jaké máte přání?

Pozorování – pracovníci klienta znají, poznají, zda se cítí dobře, má dobrou náladu, je spokojený. Pokud ne, snaží se formou neformálního rozhovoru zjistit příčinu.

Rozhovor s rodinnými příslušníky (většinou u klientů, kteří hůře komunikují či nekomunikují vůbec) - zjišťování zájmů, zálib

Klíčový pracovník v individuálním plánu dále stanovuje zdroje, které mohou pomoci k naplnění cíle. Tyto zdroje zařízení dělí na:

- vnitřní zdroje uživatele – co může a chce udělat on sám
- zdroje ze zařízení – personál, materiální zajištění
- zdroje mimo zařízení – rodina, přátelé, dobrovolníci a jiné instituce

Klienti individuální plány i jejich přehodnocování a změny podepisují. Jsou o všem srozuměni. Někteří to vítají, někteří individuální plánování berou jako přítěž. Najdou se i klienti, které to až obtěžuje.

Hlavním osobním cílem při příchodu klienta do zařízení bývá zajištění celodenní péče, zlepšení zdravotního stavu (rehabilitace) a kontakt s ostatními lidmi. Po aklimatizaci klienta v zařízení, získání pocitu bezpečí, si klient stanovuje další cíle dle svých zájmů a potřeb.

Ukázka osobních cílů v individuálních plánech klientů:

Klient 76 let:

30. 6. 2011

Přání klienta: Chci se o sebe postarat, pokud mi to zdraví dovolí.

Dohodnutý cíl: Sebepéče klienta.

Plán: Podporovat klienta v sebepéči.

Zdroje: Klient sám, pečující prostředí

Hodnocení: Klient se sám obléká, koupe se a umývá sám. Sám si stele a převléká lůžko.

Plán splněn. V plánu se nadále pokračuje

10. 2. 2012

Přání klienta: Chtěl bych být zdravý, podle sebe vím, že je to nereálné

Dohodnutý cíl: aktivní a nezávislý život. Klient si sám bude rozhodovat o svém volném čase.

Zdroje: klient, ošetřovatelský personál

Plán: Podporovat klienta v sebepéči. Nabízet aktuální kulturní akce v zařízení.

Hodnocení: Klient sám chodí na procházky mimo zařízení. Sám si nakoupí, sám si vybírá akce v zařízení. Je relativně spokojený. Cíl zatím ponechán.

22. 3. 2012

Přání klienta: Přeji si, abych mohl ve volném čase sbírat různé léčivé byliny.

Dohodnutý cíl: Klient sám sbírá a suší byliny

Zdroje: klient, vhodná obuv i oděv, pomůcky při sběru a sušení bylinek, knihovna.

Plán: Klient bude za příznivého počasí a zdravotního stavu denně sbírat léčivé bylinky a následně bude umožněno jejich sušení. Posléze si bude klient sám z usušených bylin vařit čaj.

Klient 73 let:

20. 5. 2011

Přání klienta: Chci být co nejvíce v kontaktu s lidmi

Dohodnutý cíl: Účast na aktivizačních programech a kulturních akcích v zařízení.

Zdroje: klient, RHB pracovníci, ergoterapeuti

Plán: Uživateli bude každý den nabídnut aktivizační kroužek nebo plánovaná kulturní akce v zařízení

Hodnocení: Klient navštěvuje většinu aktivizačních kroužků. Je spokojený mezi lidmi. Dohodnutý cíl trvá.

14. 8. 2011

Hodnocení: Klient navštěvuje aktivizační programy, svůj volný čas tráví na chodbě, kde si povídá s ostatními uživateli. Dohodnutý cíl plněn a stále trvá

28. 1. 2012

Přání klienta: Chtěl bych si sám chodit nakupovat.

Dohodnutý cíl: Uživatel si bude sám nakupovat v kantýně.

Zdroje: chodítka, vhodná obuv, klient, ošetřující personál, RHB pracovníci

Plán: Za klientem bude každý den docházet ošetřující personál nebo RHB pracovník. Budou s uživatelem trénovat nácvik chůze a zlepšení samostatnosti. Nejdříve bude s klientem chodit z důvodu bezpečí do kantýny ošetřující personál, později sám klient.

Hodnocení: Klient si dojde sám do kantýny, kde si může koupit různé drobnosti. Klient je spokojený, že si může sám vybrat, co si dá dobrého. Cíl je naplněn.

Klíčoví pracovníci mají všichni k dispozici složku, ve které jsou vloženy dokumenty, které jim pomáhají k tvorbě individuálního plánu:

- Vzorový materiál pro plánování služby s uživateli
- Osobní cíl v individuálním plánování (Co to je individuální cíl, jak ho zjišťovat, problémy spojené s osobními cíli...

- Metodika pro zpracování individuálního plánu klíčovými pracovníky
- Standard č. 5

Při vyhodnocování osobních cílů je konstatováno, zda bylo dosaženo požadovaných cílů, nebo z jaké části byly splněny. Současně dochází i ke stanovení nových cílů. Vychází se z přání uživatelů a z úspěchů při dosahování minulých cílů.

- vyhodnocování dosaženého cíle se provádí po 3 měsících ev. dříve
- kritériem pro posouzení cíle je vyjádření spokojenosti uživatele
- vyhodnocení dosažení cíle se provádí v průběhu až 3. měsíců od jeho stanovení
- vyhodnocování cílů probíhá individuálně, (zkoumá se, zda a jak je provedeno to, co bylo naplánováno, platí pro dlouhodobé a neopakující se cíle), na vyhodnocování se podílí klíčový pracovník, jeho tým a uživatel, o výsledku vyhodnocení učiní klíčový pracovník záznam v individuálním plánu.
- aktualizace cílů probíhá vždy v případech, kdy se na straně uživatele nebo organizace něco změní (potřeby uživatele nebo podmínky poskytování služeb) a je potřeba spolupráci (způsob poskytování služeb) znovu přehodnotit a upravit plán, na aktualizaci se podílí klíčový pracovník, jeho tým a uživatel, o průběhu a výsledku aktualizace učiní klíčový pracovník záznam v individuálním plánu.
- při vyhodnocování se vždy musí uvést datum zápisu
- po splnění cíle klíčový pracovník provede opět rozhovor s uživatelem o jeho přáních a pocitech a stanoví se nový cíl

Při poradách pracovního týmu jsou různé postřehy ohledně poskytování jednotlivých služeb uživatelů probírány s dalšími pracovníky v přímé péči. Velmi důležité jsou i malé podněty a to hlavně u uživatelů s demencí, po vážných onemocněních (CMP např. jak reaguje, když ho něco trápí a nemůže mluvit, jak když mu něco nechutná, proč má stavy agrese – co to vyvolá.). Klíčový pracovník těchto informací z porad samozřejmě se souhlasem uživatele nebo jeho rodiny využívá při dalších aktualizacích individuálního plánu.

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA - DIANA TŘEBÍČ, o.p.s.

Jednání se zájemcem o službu je důležité z toho důvodu, aby zájemce mohl rozpoznat, zda je právě tato služba to, co potřebuje a aby mohl sám formulovat, jakou

pomoc si představuje. Zájemce o službu, rodinný pečující či jiná osoba blízká zájemci zkontaktuje pečovatelskou službu a to buď na doporučení praktického lékaře, sociální sestry v nemocnici, známých, pracovníků městského či obecního úřadu nebo si přečte nabídku služeb z letáčku či webových stránek.

Jednání s klientem probíhá v následujících krocích:

Následuje jednání se zájemcem o službu. Tohoto jednání se účastní zájemce o službu, na jeho přání také osoby, které o něj pečují (rodinní příslušníci či jiné blízké osoby) nebo zástupce poskytovatele (pověřený pracovník).

Pracovník rozhovorem se zájemcem zjišťuje, co od služby očekává, jaké jsou jeho potřeby a zájmy. Z důvodu stanovení odpovídající míry a formy podpory ze strany zařízení zjišťuje soubor následujících informací – aktuální situace, zvláštní „upozornění“ související se zdravotním stavem či užíváním léků, preferovaný rytmus běžného dne, jak je zajišťována strava, návyky a zvyky zájemce, kdo další je/může být zapojen do péče (rodina, sousedé, další blízké osoby nebo někdo jiný z komunity), sociální kontakty, jak zájemce zvládal situaci doposud, zda zvažoval i jiné alternativy pomoci.

Výstupem každého jednání se zájemcem je sepsání *Záznamového listu*, který je archivován. Pokud se zájemce rozhodl, využívat služeb pečovatelské služby, stanoví se osobní cíl – to, čeho chce prostřednictvím služby dosáhnout, co by mělo být poskytováním služeb sledováno. Společně se zástupcem poskytovatele se pak postupně formulují podmínky, průběh a rozsah služby a zakotví je v *Návrhu na zavedení pečovatelské služby*. Následuje podpis smlouvy. Po podpisu smlouvy se zavede s klientem *Osobní plán průběhu poskytování služeb* (Příloha č. 2). V tomto dokumentu se stanoví, kdo se podílí na plánování služeb, další služby, které uživatel využívá, osobní cíl uživatele, dohodnutý postup a rozsah služby, časové omezení cíle, způsob aktualizace plánu. Dalším dokumentem, který následuje po osobním plánu, jsou zápisy o aktualizacích, revizích a změnách. Hodnocení probíhá minimálně 1x za ½ roku, revize jsou dle potřeby.

Do složení pracovního týmu účastnícího se individuálního plánování zařízení řadí klienta, vedoucího sociálního pracovníka, klíčové pracovníky – pečovatele, rodinné

příslušníky nebo jinak blízké členy rodiny, příp. další osoby pečující o osobu (lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, revizní lékař apod.)

Každý klíčový pracovník má různý počet klientů, se kterými vypracovává individuální plán. Někteří mají 3 – 5 klientů, někteří pečovatelé pouze jednoho. Závisí to na rozsahu služeb a rozsahu pracovního úvazku pečovatele. V zařízení existuje možnost změny klíčového pracovníka. Buď na žádost klienta, nebo ze závažných provozních důvodů.

Každý klíčový pracovník vypracovává individuální plány u svých klientů a je za tyto plány odpovědný. Vedoucí sociálního úseku průběžně individuální plány kontroluje.

Mezi metody, které se v zařízení používají při zjišťování osobních cílů, patří:

Rozhovory s klientem a rodinnými příslušníky případně zákonným zástupcem (někdy také se sociálními spolupracovníky – lékaři, sestrami atd.)

Pozorování – na základě sociálního šetření v místě poskytování služby

Analýza potřeb a zájmů

Většinou klientů přijímají individuální plánování velice kladně – vnímají tento proces jako potřebný zájem o jejich osobu a částečně také jako aktivizační – motivující.

Převládajícím osobním cílem uživatelů pečovatelské služby je podpora udržení soběstačnosti klientů v jejich domácím prostředí. V průběhu služby zůstává stanovený cíl stejný (nemění se), pouze se upravuje rozsah a způsob poskytování služeb, který je závislý na měnícím se zdravotním stavu.

Ukázka osobních cílů v individuálních plánech klientů:

Klient 74 let

Osobní cíl uživatele – čeho se má prostřednictvím služby dosáhnout: Pomoc při obstarání ranních zvyklostí

Dohodnutý následující postup:

- Služby budou poskytovány každý všední den, od pondělí do pátku, ráno
- Pracovník bude mít k dispozici klíč od domovních dveří, svůj příchod oznámí zazvoněním na domovní zvonek, odemkne si, přitom dbá, aby pes neutekl ven. Pracovník po příchodu zkontroluje, zda je vše v pořádku. Paní právě vstává, pracovník ji v případě potřeby dopomůže vstát. Poté ji pomůže při použití WC. Mezitím připraví, uvaří čaj. Po toaletě pečovatelka pomůže klientce v koupelně se základní ranní hygienou a obléknutím. Poté se přesunou do kuchyně, kde pracovník připraví a podá klientce snídani včetně pití a připravených ranních léků. Popřípadě připraví i něco k jídlu na svačinu, kdyby paní potřebovala. Při odchodu pracovník za sebou zamyká.

Časové omezení cíle: půl roku

Způsob aktualizace plánu:

- na požádání klienta
- vždy při změně

12. 6. 2011

Klientka je se službami spokojená, hodnotí je pozitivně. V rámci revize plánu byl připomenut postup pro uživatele služeb, pokud by měli nějaké stížnosti či připomínky.

17. 12. 2011

Pokračuje i nadále beze změn.

1. 2. 2012

Po domluvě s klientkou a její rodinou jsme rozšířili poskytované služby o polední návštěvu – příprava (ohřátí) a podání oběda. Oběd přinese v jídlonosiči syn. Denně od pondělí do pátku. S platností od 1. 2. 2012

Klient 79 let

Osobní cíl uživatele – čeho se má prostřednictvím služby dosáhnout: Zvládat celkovou osobní hygienu

Dohodli jsme se na následujícím postupu:

- Služby budou poskytovány 1x týdně (příp. podle potřeby klienta)
- Pracovník oznámí svůj příchod zazvoněním na zvonek od domku, otevře mu bratr klienta, který s ním žije ve společné domácnosti.
- Protože je klient velmi těžce pohyblivý, domluvili jsme se, že se hygiena bude provádět přímo na lůžku. Pracovník s pomocí bratra pomůže klientovi s vysvlečením a provede se hygiena – omytí celého těla žínkou včetně mytí vlasů. Po omytí na lůžku se klientovi pomůže s přesunem do vozíku a dokončí se hygiena nohou. Poté mu pracovník pomůže s obléčením do čistého prádla a také v případě potřeby převleče ložní prádlo na posteli. Nakonec pracovník pomůže bratrovi s přesunem klienta zpět na lůžku
- Podle potřeby bude nepravidelně zajišťována i donáška léků

Časové omezení cíle: půl roku

Způsob aktualizace plánu:

- na požádání klienta
- vždy při změně

27. 3. 2011

Poskytování pečovatelské služby v tomto rozsahu je pro klienta vyhovující. Pokračujeme beze změn.

21. 9. 2011

Klient byl poučen o postupu pro podávání a vyřizování stížností. Se službou je takto spokojen, změny dělat nechce.

15. 3. 2012

Služba bude nadále poskytována beze změn.

Mezi způsoby, kterým v zařízení probíhá ověření a vyhodnocení naplňování osobních cílů patří rozhovory s klientem – v případě potřeby je údaj uveden do Zápisu o aktualizacích, revizích a změnách Přehodnocování Osobního plánu průběhu poskytování služeb probíhá min. 1x za půl roku. Jako další metody ověření

a vyhodnocení naplňování osobních cílů využívá zařízení analýzu potřeb a zájmů s členy týmu a pozorování.

DOMOVINKA TŘEBÍČ - Denní stacionář pro seniory a zdravotně postižené

V zařízení probíhá jednání s klientem v následujících krocích:

- Sepsání smlouvy s klientem (přítomní jsou i rodinní příslušníci popř. opatrovník)
- Individuální plán uživatele (Příloha č. 3) – do 1 měsíce
- Formulář Průběh poskytování služeb v Domovince (Příloha č. 4)- zde jsou uváděny měsíční záznamy průběhu poskytování služby a významné události týkající se klienta
- Formulář: Cíle služeb (Příloha č. 5)
- Formulář: Denní záznam dosahování cílů uživatele – zapisují se zapsané kroky (činnosti) k dosažení cílů. Jsou-li jednotlivé kroky ten den, kdy uživatel v zařízení byl, naplněny, udělá mu pracovník čárku.

Do složení pracovního týmu účastníciho se individuálního plánování zařízení se řadí vedoucí Domovinky, sociální pracovnice, 5 zaměstnanců v přímé péči i rodinní příslušníci. Sociální pracovnice je klíčovým pracovníkem u 3 klientů a zaměstnanci přímé obslužné péče 5 – 6. Každý klient má svého klíčového pracovníka a výběr probíhá většinou podle vzájemných sympatií. Zařízení má vypracovanou přehlednou tabulku, kdo je u uživatelů klíčový pracovník, v případě nepřítomnosti klíčového pracovníka, je určen zástupce klíčového pracovníka.

Klíčoví pracovníci jsou odpovědní za vyhotovení individuálních plánů přidělených klientů. Vedoucí zařízení tyto individuální plány pravidelně po 2 měsících kontroluje (převážně srozumitelnost, používání zdrobnělin...).

Lidé, kteří do zařízení chodí, jsou srozuměni s tím, že individuální plánování je součástí osobní dokumentace. Personál jim pomáhá zformulovat cíle, přání a potřeby. Po delším čase tuto schopnost sami mají. Klíčový pracovníci navrhují prostředky, jak cíle dosáhnout.

Mezi metody, které se v zařízení používají při zjišťování osobních cílů seniorů, patří rozhovor – 1x za rok přehodnocení individuálního plánů (co se děje v životě klienta, jak se uživatel má, zda se mu líbí v Domovince), rozhovor s rodinnými

příslušníky, pozorování – pokud by klient mohl do zařízení přijet (z časových, zdravotních důvodů), ale nejedí, zaměstnanci to vypořádají. Potom následuje individuální rozhovor. V zařízení klienti vyplňují 4x za rok Dotazník – hodnocení kvality služby (v případě potřeby častěji).

Dotazník – hodnocení kvality služby je vytvořen formulář, v jehož postupu je stanoveno, že hodnocení probíhá formou individuálního rozhovoru, volnou přirozenou formou. Mezi oblasti dotazování náleží otázky:

- Jak je klient s průběhem služeb spokojen?
- Je něco, co by klient potřeboval změnit – rozšířit službu, chodit častěji do zařízení, potřebuje pomoci něco zařídit apod.?
- Je něco, co klienta trápí nebo rozčiluje, jak by potřeboval pomoci?
- Jak je spokojen s pracovníky zařízení?

Po vyhodnocení se výsledek zapíše do individuálního plánu klienta, vyhodnotí se a přijmou se nutné opatření na následující poradě. Na pravidelné měsíční poradě jsou přijata koncepční opatření a zásadnější změny, které vyplynou z požadavků klientů.

Zařízení navštěvuje nejvíce klientů proto, aby byli ve společnosti jiných lidí – 95%. Další skupinou lidí, kteří zařízení navštěvují, jsou lidé s Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v domácím prostředí. Dopoledne jsou ve společnosti a odpoledne s rodinnými příslušníky. Díky Domovince mohou být v domácím prostředí.

Stanovené osobní cíle se mění podle zdravotního stavu uživatelů (upravuje se při zlepšení či zhoršení, změna orientace prostorové, časové, změna psychiky, pookřání)

Zařízení neposkytuje nahlížení do svých dokumentů týkající se individuálního plánování. Pro ukázkou stanovených cílů a změnu těchto cílů u klientů, jsem se domluvila s vedoucí Domovinky, že mi sociální pracovnice jednotlivé stanovené cíle přečte a já si je budu moci zapsat.

Klient č. 1

Osobním cílem uživatele je: nebýt doma sám

Předchozí cíle (r. 1997):

Cíl 1: Smysluplné naplnění volného času

Způsoby jeho dosažení: reminiscenční terapie, muzikoterapie, pracovní terapie

Cíl 2: Udržení, popř. zlepšení funkčního stavu a soběstačnosti

Způsoby jeho dosažení: trénování paměti

Cíl 3: Uspokojení duchovních potřeb

Způsoby jeho dosažení: bohoslužba slova

Nyní cíle: 2011/2012

Cíl 1: Udržení, popř. zlepšení funkčního stavu a soběstačnosti

Kroky: účast na společném cvičení, krátké procházení se (nácvik chůze), nahřívání rašelinovými polštářky (klouby, krční páteř)

Cíl 2: Začlenění se do kolektivu + smysluplné naplnění volného času

Kroky: účast na denním programu, účast na muzikoterapii, trénování paměti, povídání s klienty a pracovníky

Cíl 3: Uspokojení duchovních potřeb

Kroky: účast na mši sv. či bohoslužbě slova, modlitba s pracovníkem Domovinky

Klient č. 2

Osobním cílem v Domovince je: být užitečný (pomáhat)

Cíle zvolené v roce 1997:

Cíl 1: Udržení, popř. zlepšení funkčního stavu a hlavně soběstačnosti

Způsoby jeho dosažení: trénování paměti, zdokonalení se v českém jazyce, matematice a v jiných předmětech

Cíl 2: Možnost být a cítit se užitečným

Způsoby jeho dosažení: poskytování drobné pomoci ostatním (při oblékání, obouvání apod.)

Cíl 3: Naplnění volného času

Způsoby jeho dosažení: návštěva cukrárny, účast na výletech, vycházkách, výstavách, zábavné programy na PC

Cíl 4: Uspokojení k naplnění duchovních potřeb

Způsoby jeho dosažení: účast na mši sv., promítání videokazet s duchovní tematikou

Nyní cíle: 2011/2012

Cíl 1: Oživování a trénování paměti

Kroky: aktivně se účastnit programů, odpovídat na otázky, opakovat si školní znalosti

Cíl 2: Pomáhat ostatním i sobě při běžných úkonech

Kroky: být nápomocen při oblékání a obouvání, žehlení, podat hůl, vézt vozík, pomáhat při stolování...

K dokumentaci, kterou zařízení v souvislosti s individuálním plánováním vede patří Metodika individuálního plánování, Formulář: Individuální plán uživatele Domovinky, Formulář: Průběh poskytovaných služeb, Formulář: Cíle služeb, Formulář: Denní záznam dosahování cílů uživatele.

Zaměstnanci mají pravidelné porady 1 x za měsíc velká porada, 2 – 3 x menší po obědě (v případě potřeby častěji).

Všichni zaměstnanci se na velké poradě vyjadřují individuálně k jednomu uživateli. Při zlepšení zdravotního stavu se snižují úhrady za úkon naopak při potřebě více náročné podpory se úhrada zvyšuje. Vše se zaznamenává, zdůvodňuje.

OBLASTNÍ CHARITA TŘEBÍČ - OSOBNÍ ASISTENCE

Individuální plán je proces plánování činností společně s uživatelem služby osobní asistence a jeho osobním asistentem (klíčovým pracovníkem) na základě

uživatelových osobních cílů. Osobní asistent plánuje průběh poskytování služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osoby, které se poskytuje sociální služba osobní asistence.

Individuální plán sestavuje a zapisuje klíčový (kontaktní) pracovník společně s uživatelem služby osobní asistence, popřípadě s jeho zákonným zástupcem nebo jeho rodinným příslušníkem. *Individuální plán* (Příloha č. 6) vypracovává klíčový pracovník podle rozsahu služby do 1. Měsíce po zahájení služby osobní asistence, od podepsání smlouvy o poskytování služby osobní asistence a vyplnění dotazníku pro uživatele služby osobní asistence.

Klíčový pracovník sdělí uživateli služby osobní asistence, že si společně domluví a sepíše, jak by měla služba osobní asistence u uživatele služby probíhat. Dotazy by se měly týkat uživatelových potřeb dle našich poskytovaných služeb. Otázky klade klíčový pracovník uživateli tak, aby jim uživatel rozuměl (např. Jak by jste si službu představoval, které činnosti požadujete, jak často by měl osobní asistent za Vámi docházet, které termíny preferujete? Jak by měla podle Vás osobní asistence konkrétně probíhat? Vyhovuje vám rozsah domluvené služby osobní asistence, není třeba jej změnit?, Vaše přání, popřípadě připomínky?..) Mluví klidně pomalu, nahlas, dobře artikuluje a klade otázky, kterými si ověří, zda všemu uživatel dobře porozuměl.

V individuálním plánu pojmenovává klíčový pracovník zdravotní omezení a rizika u uživatele. Individuální plán není u všech uživatelů služby stejně rozsáhlý, záleží na rozsahu služby osobní asistence za měsíc. Klíčový pracovníci provádějí hodnocení individuálního plánu ústně, kdykoli v průběhu poskytování služby osobní asistence nebo písemně. Po půl roce je proveden zápis do formuláře individuálního plánu – je-li potřeba, i dříve.

Do složení pracovního týmu účastnického se individuálního plánování zařízení řadí uživatele služby (jeho právního zástupce, popř. rodinného příslušníka), vedoucí osobní asistence, osobního asistenta a blízkou osobu uživatele (dle přání uživatele).

Při zjišťování osobního cíle používá zařízení většinou řízený rozhovor, kde se asistent seznámí s odpovědí na předem připravené otázky. Důležité je také pozorování a sledování situace uživatele. Většinou asistent přijme základní informace od rodiny uživatele – rozhovory s rodinnými příslušníky.

Klíčový pracovník (v zařízení se někdy užívá termínu kontaktní pracovník) je pověřen vedoucím Osobní asistence. Plánuje službu u uživatele a informuje ostatní pracovníky. Je možné, že asistent, kterého si uživatel vybral, nemusí mít volnou kapacitu, tudíž je zvolen pracovník jiný. Uživatel služby má právo změnit klíčového pracovníka. Ke změně klíčového pracovníka v zařízení může docházet při dlouhodobé nepřítomnosti klíčového pracovníka, ukončení pracovního poměru klíčového pracovníka, vzájemný nesoulad uživatele služby s klíčovým pracovníkem či na přání uživatele (je-li volná kapacita nově zvoleného kontaktního pracovníka). Změnu klíčového pracovníka řeší vedoucí osobní asistence. Informuje klíčového pracovníka i uživatele služby, určí zástupce a udělá záznam do dokumentace uživatele služby.

Většinou se stává klíčovým pracovníkem u daného uživatele ten asistent, co má u někoho nejvíce asistence nebo pokud si osobní asistent s uživatelem mimořádně rozumí.

Některý asistent je klíčovým pracovníkem u 1 uživatele a některý například u 7. Např. pracovník navštěvuje pouze 1 uživatele, pak je klíčový pracovník tohoto daného uživatele.

Klíčový pracovníci mají své kompetence napsány v náplni práce. Mezi tyto kompetence patří komunikace s uživatelem, monitorování osobního plánu uživatele, upozorňuje na změny a aktuální potřeby v osobním plánu uživatele, sestavuje s uživatelem individuální plán uživatele, vede dokumentaci uživatele (individuální plány, výkazy přijaté služby, komunikuje s ostatními pracovníky, navrhuje možná řešení, společně s uživatelem služby hodnotí individuální plány ve stanovených termínech, společně s vedoucím koordinuje službu osobní asistence u daného uživatele, je přítomen na poradách a supervizích osobní asistence

U osobní asistence je rozdíl, zda je uživatelem dítě, dospělý nebo senior. U některých klientů se sepisuje také rizikový plán a popis konkrétních činností u daného uživatele – dle náročnosti a rizik služby. U seniorů je nejčastějším osobním cílem či přáním uživatelů zůstat v domácím prostředí, odlehčit rodině v péči, udržení popř. možné zlepšení celkového stavu. U každého uživatele je individuální plán různě dlouhý a zcela individuální. Osobní cíle se při přehodnocování služby nemění, mění se pouze rozsah a způsob poskytované péče, který souvisí se zdravotním stavem uživatele.

Ukázka osobních cílů v individuálním plánu klientky:

Klientka 82 let

Popis stavu uživatele služby osobní asistence: Paní byla propuštěna z nemocnice, má problémy s hybností, potřebuje pomoc s hygienou, podáním pravidelné stravy, vedení domácnosti, cvičením.

Zdravotní omezení: diabetes melitus, astma, vysoký TK, inkontinence

Rizika služby: nebezpečí pádu v domácnosti i venku, na schodech

Osobní cíl – přání a potřeby uživatele služby: Zůstat doma s pomocí osobní asistence. „Zabezpečení mého stáří“. „Procházky po městečku, až budu moci. Konkrétní cíl – „až se zlepší můj stav, tak bych se chtěla podívat do Domovinky a seznámit se s ostatními vrstevníky.“

Realizace - konkrétní činnosti: asistentka pomáhá s hygienou, podáním jídla, pití, pomoc s vedením domácnosti – běžný úklid. Asistentka doprovází paní na vycházky venku v přírodě, poskytuje jí oporu v chůzi, paní si ráda s asistentkou a každým povídá.

1. 6. 2011

Zhodnocení služby: Stav se paní mírně zlepšil, cítí se lépe než v nemocnici. Pochvaluje si svou asistentku. „Těší se na zítřek, že zase přijede.“

Změny v poskytování OA: Paní se zlepšil zdravotní stav, potřebuje OA v menším rozsahu PO – ST – PÁ.

2. 12. 2011

Zhodnocení služby: Paní je spokojená s asistentkou i se službou OA. Vnučka telefonicky chválila asistentku, za její práci a za výborné nápady, jak povzbudit k životu.

Změny v poskytování OA: Rozsah služeb zůstává nezměněn.

Do dokumentace, kterou si vede zařízení v souvislosti s individuálním plánováním, patří *Standardy kvality sociálních služeb, Metodika individuálního plánování, Smlouva o poskytování služby osobní asistence, Dotazník pro uživatele*

služby osobní asistence, Denní záznam – výkaz přijaté služby, předešlý individuální plán (u uživatele, který již měl individuální plán sepsán).

Mezi uživatelem a osobními asistenty (klíčovými pracovníky) se u této služby velmi rychle naváže pocit důvěry. Tudíž se asistent a následně i klíčový pracovník dozví, zda je uživatel spokojen, či nespokojen ... Hodnocení provádí osobní asistent společně s uživatelem služby, popř. s jeho zákonným zástupcem nebo rodinným příslušníkem (s ohledem na zdravotní stav uživatele služby osobní asistence)

Pozorování uživatele je také důležitým faktorem. U uživatelů, kteří se nemohou sami vyjádřit – nonverbální projev – důležité aby hodnotil osobní asistent, který uživatele již déle zná, má vypožorované projevy libosti a nelibosti.

Někdy jsou kladné nebo záporné informace o spokojenosti uživatele přímo od rodinných příslušníků nebo osobních blízkých. Každý uživatel je seznámen s možností – jak, kdy a kde si může stěžovat.

Termín hodnocení – domluví se již při sepsání individuálního plánu mezi uživatelem služby a klíčovým pracovníkem. Ústně kdykoliv, písemně nejdéle po ½ roce (při změně u uživatele se provede písemné hodnocení dříve.).

4. 4 Analýza a interpretace dat

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem probíhá individuální plánování v jednotlivých zařízeních sociálních +služeb určených pro seniory.

Výzkumné šetření bylo prováděno ve čtyřech zařízeních sociálních služeb určených pro seniory, a to v Domově pro seniory Třebíč – Manž. Curieových, v Pečovatelské službě Dianě Třebíč, o.p.s., v Denním stacionáři pro seniory a zdravotně postižené Domovinka Třebíč a zařízení Osobní asistence. Na výzkumném šetření se podíleli pracovníci, kteří jsou v jednotlivých zařízeních pověřeni individuálním plánováním a dohledem na individuálním plánování, klíčový pracovníci jednotlivých zařízení. Šetření bylo rozděleno do dvou částí. První část byla provedena technikou rozhovorů s pracovníky, které mi umožnily zjistit, jak individuální plánování v zařízení

probíhá v praxi, a ve druhé části byla provedena analýza dokumentů, které si zařízení vypracovaly k individuálnímu plánování.

Mezi stanovené dílčí cíle práce bylo analyzovat rozdíly v individuálním plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb a poukázat na možnosti rozdílných formulací osobních cílů u seniorů v rámci jednotlivých zařízení sociálních služeb.

Na základě dílčích cílů výzkumné části diplomové práce bylo k přehlednějšímu posuzování výsledků šetření stanoveno šest těchto výzkumných otázek.

Jak probíhá proces individuálního plánování v jednotlivých zařízeních? Vyskytují se při tomto procesu individuálního plánování rozdíly v jednotlivých zařízeních?

Proces individuálního plánování probíhá v každém zařízení různě. Liší se především dobou zavedení individuálních plánů od podpisu smlouvy, potřebnými informacemi, které se uvádí do individuálních plánů i postupem vypracovávání.

V Domově pro seniory sepisuje po podpisu smlouvy prvotní osobní cíle uživatele sociální pracovníce do formuláře Sociální šetření a formuláře Plán sociální péče. Tyto dokumenty předává sociální pracovník stanovenému klíčovému pracovníku uživatele, aby mohl navázat spolupráci tam, kde již byla započata. Poté má klíčový pracovník stanovenou dobu 3 měsíců na zavedení Individuálního plánu uživatele. Individuální plán je velmi rozsáhlý. Domov pro seniory je pobytové zařízení, potřebuje o klientech vědět velké množství informací. V zařízení pracuje i více jak sto zaměstnanců, kteří díky přečtení tohoto individuálního plánu, se o klientovi dozví veškeré důležité informace. V Domově pro seniory je součástí individuálních plánů i Plán ošetrovatelské dokumentace, který pomáhá lépe dokumentovat ošetrovatelskou péči o uživateli a díky individuálně uzpůsobenému plánu ošetrovatelské péče ví každý zaměstnanec, jak reagovat v konkrétních situacích, které mohou uživatele potkat. Veškeré plány jsou uloženy na sesternách.

Pečovatelská služba sepisuje se zájemcem o službu formulář Záznamový list, který je archivován. Pokud se klient rozhodne využívat služeb pečovatelské služby, zavádí se formulář: Návrh na zavedení pečovatelské služby. Zde se stanovuje osobní cíl a postupně se formulují podmínky, průběh a rozsah služby. Následuje podpis smlouvy

a po podpisu smlouvy se zavede s klientem formulář Osobní plán průběhu poskytování služeb. Zde se stanoví, kdo se podílí na plánování služeb, další služby, které uživatel využívá, osobní cíl uživatele, dohodnutý postup a rozsah služby, časové omezení cíle, způsob aktualizace plánu.

V Domovince klienti nejprve podepisují smlouvu. Formuláře Individuální plán uživatele, Průběh poskytování služeb v Domovince a Cíle služeb vypracovává klíčový pracovník s uživatelem do 1 měsíce od podpisu smlouvy.

V Osobní asistenci sestavuje Individuální plán klíčový pracovník společně s uživatelem služby osobní asistence, popřípadě s jeho zákonným zástupcem nebo jeho rodinným příslušníkem 1 měsíc od podepsání Smlouvy o poskytování osobní asistence a vyplnění Dotazníku pro uživatele služby osobní asistence.

Existují rozdíly v metodách používaných při individuálním plánování v jednotlivých zařízeních?

Metody používané v zařízení se v zařízení zásadně neliší. Nejčastější metodou je rozhovor s uživatelem. Při tomto rozhovoru hovoří klíčový pracovník s uživatelem o jeho přáních, o důvodech využívání sociální služby. Většina zařízení má stanovené vzorové otázky pro tento rozhovor.

Další metodou je pozorování – pracovníci, kteří uživatele znají, poznají, zda se cítí dobře, jakou má náladu, zda je spokojený. Pokud zjistí, že něco není v pořádku, snaží se formou rozhovoru zjistit příčinu.

Další velmi přínosnou metodou jsou rozhovory s rodinnými příslušníky uživatelů (nejvíce se využívá u klientů, kteří hůře komunikují nebo nekomunikují vůbec).

Pečovatelská služba užívá metodu analýzy potřeb a zájmů a Denní stacionář pro seniory a zdravotně postižené vypracovaný dotazník Hodnocení kvality služby, který klíčový pracovník s uživateli vyplňuje 4x za rok – podle potřeby dříve.

Liší se složení pracovního týmu při individuálním plánování v jednotlivých zařízeních?

Složení pracovního týmu při individuálním plánování je většinou stejné, liší se pouze počtem účastníků tohoto týmu. Ve všech zařízeních existuje koordinátor individuálního plánování, klíčoví pracovníci a do týmu zařízení řadí i rodinné příslušníky uživatelů nebo jinak blízké členy rodiny. Pečovatelská služba a Osobní asistence do tohoto týmu řadí i další osoby pečující o osobu (lékaře, zdravotní sestru, sociálního pracovníka, revizního lékaře).

V Domově pro seniory má tým individuálního plánování nejvyšší počet účastníků. V jeho složení jsou koordinátor individuálního plánování, 27 klíčových pracovníků a rodinní příslušníci klientů. Nejmenší počet lidí v týmu individuálního plánování má Denní stacionář pro seniory a zdravotně postižené. Zde je koordinátorem plánování vedoucí zařízení, 6 klíčových pracovníků (sociální pracovníce a 5 zaměstnanců v přímé péči) a rodinní příslušníci.

Jakou povahu mají osobní cíle uživatelů v jednotlivých zařízeních?

Zde existují rozdíly. Tyto rozdíly vychází z rozdílů jednotlivě stanovených cílů každého zařízení. Neboť stanovené osobní cíle uživatelů služeb se propojují s cíli daného zařízení sociálních služeb.

V Domově pro seniory je hlavním osobním cílem při příchodu klienta do zařízení zajištění celodenní péče, zlepšení zdravotního stavu (rehabilitace) a kontakt s ostatními lidmi. Po aklimatizaci klienta v zařízení, získání pocitu bezpečí, si klient stanovuje další cíle dle svých zájmů a potřeb.

V Pečovatelské službě a Osobní asistenci je hlavním cílem podpora udržení soběstačnosti klientů v rodinném prostředí, odlehčení rodině v péči a přání zůstat v domácím prostředí. Osobní cíle se při přehodnocování služby nemění, mění se pouze rozsah a způsob poskytované péče, který souvisí se zdravotním stavem.

Denní stacionář pro seniory a zdravotně postižené navštěvují uživatelé proto, aby byli ve společnosti jiných lidí. Stanovené osobní cíle se mění podle zdravotního stavu uživatelů.

Existují rozdíly v přístupu klientů k individuálnímu plánování v jednotlivých zařízeních?

Zařízení Pečovatelské služby, Osobní asistence i Denní stacionář uvádí, že uživatelé využívají služeb zařízení velice rádi. Všichni jsou srozuměni s tím, že proces individuálního plánování je součástí osobní dokumentace každého klienta. Personál jim pomáhá zformulovat cíle, přání a potřeby. Po delším čase tuto schopnost sami mají, klíčový pracovníci navrhuji pouze prostředky, jak cíle dosáhnout.

V Domově pro seniory jsou klienti s individuálními plány srozuměni a většina klientů individuální plánování vítá. Najdou se ale i klienti, kteří individuální plánování berou jako přítěž a najdou se i klienti, které to až obtěžuje. Jsou to většinou klienti, jejichž osobním cílem je v klidu dožít, bez bolesti, pasivnějším způsobem života. Jejich osobní cíl se v průběhu pobytu v zařízení nemění, proto jim přijde zbytečné, každé tři měsíce o těchto osobních cílech hovořit.

Jak probíhá hodnocení individuálních plánů v jednotlivých zařízeních?

Vyhodnocování dosažených osobních cílů probíhá v zařízení podobným způsobem, liší se pouze intervalem stanoveným pro toto vyhodnocování.

V každém zařízení se o vyhodnocování vede záznam do formuláře, který má zařízení pro tuto činnost zavedené. Tento formulář je připojen nebo je součástí individuálního plánu. V Domově pro seniory vyhodnocování probíhá po 3 měsících, v Pečovatelské službě a Osobní asistenci se hodnotí 1x za ½ roku, v Denním stacionáři pro seniory 1x za rok. Každé zařízení přistupuje ke klientům individuálním způsobem. Pokud je tedy potřeba osobní cíle přehodnotit, děje se tak dle potřeby.

Z rozhovorů se zaměstnanci zařízení je patrné, že každé zařízení přizpůsobuje individuální plánování tak, aby vyhovovalo typu zařízení, sociálním službám, které poskytuje i svým uživatelům. Podoba individuálních plánů i intervaly pro přehodnocování individuálních plánů se v každém zařízení již několikrát měnily, hlavně z důvodu doplnění informací a proto, že se v zařízení ukázalo, že tato změna bude ku prospěchu individuálního plánování v zařízení.

Většina zaměstnanců se ze začátku zavádění individuálního plánování a této činnosti bála, nevěděla, zda ho zvládnou. Nyní individuální plánování a stanovování

osobních cílů berou již jako samozřejmost, která ke službě patří. Osobně si myslím, že ve všech zařízeních, ve kterých jsem výzkum prováděla, mají proces individuálního plánování nastaven dobře. Individuální plánování jim i jejich uživatelům pomáhá uzpůsobit služby tak, aby vyhovovaly každému uživateli, uživatelům pomáhá, zvolit si míru poskytovaných služeb tak, jak ji potřebují.

Shrnutí

Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce je zjistit, jakým způsobem probíhá individuální plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb určených pro seniory. Dílčími cíli výzkumné části bylo analyzovat rozdíly v individuálním plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb a poukázat na možnosti rozdílných formulací osobních cílů u seniorů v rámci jednotlivých zařízení sociálních služeb. Na základě těchto dílčích cílů výzkumné části diplomové práce bylo ve výzkumném šetření formulováno šest výzkumných otázek.

Ve výzkumném šetření diplomové práce byla použita metoda kvalitativního výzkumu a byla použita technika případové studie, pozorování, technika volného rozhovoru (s pracovníky zařízení sociálních služeb) a technika analýzy dokumentů (směrnice, dokumentace zařízení, individuální plány).

Samotný výzkum probíhal ve čtyřech zařízeních sociální služeb. Výsledkem tohoto výzkumu jsou jednotlivé charakteristiky zařízení a případové studie z těchto zařízení. Na základě případových studií jsem se snažila zodpovědět na stanovené výzkumné otázky.

ZÁVĚR

Tématem diplomové práce bylo individuální plánování v sociálních službách určených pro seniory. Cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem probíhá individuální plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb určených pro seniory. Analyzovat rozdíly v individuálním plánování v jednotlivých zařízeních sociálních služeb a poukázat na možnosti rozdílných formulací osobních cílů u seniorů v rámci jednotlivých zařízení sociálních služeb.

Povinnost poskytovat uživatelům plánovaný průběh sociální služby je stanovena v sociálním standardu č. 5 a vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V průběhu plánování je posilována autorita uživatele a jeho kompetence ve smyslu rozpoznání, zda služba je pro něj vhodná, příslušná. Zda sleduje nejen jeho potřeby, cíle a hodnoty ale zároveň zda způsoby a prostředky dosahování těchto cílů odpovídají jeho dovednostem, možnostem. Uživatelé díky individuálnímu plánování rozumí tomu, co se bude dít a jakým způsobem. Tvorba individuálního plánu je nástrojem pro aktivizaci, rozvoj dovedností a motivací uživatelů sociálních služeb. Díky individuálnímu plánování si uživatelé mohou ujasnit poskytování vybraných sociálních služeb a zapojení do plánovacího a realizačního týmu.

Teoretická část práce se zabývá stárnutím a stářím, přípravou na stáří a adaptací na stáří, dále vymezuje základní legislativu týkající se zákona o sociálních službách, možnosti péče a podpory seniorů, standardy kvality sociálních služeb, definuje individuální plánování, role klíčového pracovníka a individuální plán. Empirická část diplomové práce se zabývá výzkumem individuálního plánování v různých typech zařízení sociálních služeb. Ve výzkumné části šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu a byla použita technika případové studie, pozorování, technika volného rozhovoru a technika analýzy dokumentů.

Výzkumné šetření bylo prováděno ve čtyřech zařízeních, a to v Domově pro seniory Třebíč – Manž. Curieových, v Pečovatelské službě Dianě Třebíč, o.p.s., v Denním stacionáři pro seniory a zdravotně postižené Domovinka Třebíč a zařízení Osobní asistence. Tyto čtyři různorodé zařízení jsem si zvolila proto, neboť mě velmi zajímalo, zda existují nějaké rozdíly v individuálním plánování v různých typech

zařízení sociálních služeb, zda jsou rozdíly v tom, jak zaměstnanci v těchto různorodých zařízeních stanovují osobní cíle a celkově povaha těchto osobních cílů.

Na výzkumném šetření se podíleli pracovníci, kteří jsou v jednotlivých zařízeních pověřeni individuálním plánováním a dohledem nad individuálním plánováním, klíčoví pracovníci jednotlivých zařízení. Šetření bylo rozděleno do dvou částí. První část byla provedena technikou rozhovorů s pracovníky, které mi umožnily zjistit, jak individuální plánování v zařízení probíhá v praxi, a ve druhé části byla provedena analýza dokumentů, které si zařízení vypracovaly k individuálnímu plánování.

Proces individuálního plánování probíhá v každém zařízení různě. Liší se především dobou zavedení individuálních plánů od podpisu smlouvy, potřebnými informacemi, které se uvádí do individuálních plánů i postupem vypracovávání. Metody používané v zařízení se v zařízení zásadně neliší. Nejčastější metodou je rozhovor s uživatelem a mezi další metody zařízení používají pozorování a rozhovory s rodinnými příslušníky. Složení pracovního týmu při individuálním plánování je většinou stejné, liší se pouze počtem účastníků tohoto týmu. Ve všech zařízeních existuje koordinátor individuálního plánování, klíčoví pracovníci a do týmu zařízení řadí i rodinné příslušníky uživatelů nebo jinak blízké členy rodiny. Povaha osobních cílů je v jednotlivých zařízeních rozdílná. Tyto rozdíly vychází z rozdílů jednotlivě stanovených cílů každého zařízení. Neboť stanovené osobní cíle uživatelů služeb se propojují s cíli daného zařízení sociálních služeb. Klienti jsou s individuálním plánováním většinou srozuměni, po čase si sami dovedou určit osobní cíle. Někteří klienti Domova pro seniory berou individuální plánování jako přítěž a najdou se i klienti, které to až obtěžuje. Jsou to většinou klienti, jejichž osobním cílem je v klidu dožít, bez bolesti, pasivnějším způsobem života. Jejich osobní cíl se v průběhu pobytu v zařízení nemění, proto jim přijde zbytečné, každé tři měsíce o těchto osobních cílech hovořit. Vyhodnocování dosažených osobních cílů probíhá v zařízení podobným způsobem, liší se pouze intervalem stanoveným pro toto vyhodnocování.

Z výzkumného šetření realizovaného případovou studií čtyř různorodých zařízení sociální služeb je patrné, že každé zařízení přizpůsobuje individuální plánování tak, aby vyhovovalo typu zařízení, sociálním službám, které poskytuje i svým uživatelům. Individuální plánování pomáhá zařízení i jejich uživatelům upravit služby

tak, aby vyhovovaly každému uživateli. Musím říci, že jsem byla velmi mile překvapena přijetím vedoucích zařízení, tím, že mi umožnili prostudovat jejich interní materiály i samotné individuální plány konkrétních klientů. Kontakt se zaměstnanci probíhal v příjemné a přátelské atmosféře. Na veškeré dotazy odpovídali a bylo vidět, že své práci rozumí a velmi rádi ji vykonávají.

SHRNUTÍ

Tématem této diplomové práce je Individuální plánování v sociálních službách určených pro seniory. Práce je rozdělena do čtyř kapitol.

První kapitola charakterizuje stáří: definice a klasifikace stárnutí a stáří, periodizace stáří, patologie ve stáří a reakce na stáří.

Druhá kapitola se zabývá adaptací na stáří, přípravou na stáří, potřebami seniorů, komunikací se seniory, zdravým a aktivním stárnutím.

Třetí kapitola vymezuje základní legislativu týkající se zákona o sociálních službách, možnosti péče a podpory seniorů, standardy kvality sociálních služeb, definuje individuální plánování, role klíčového pracovníka a individuální plán.

Čtvrtá, poslední kapitola této diplomové práce, se věnuje výzkumu individuálního plánování v různých typech zařízení sociálních služeb.

SUMMARY

The topic of this thesis is Individual planning of social services for seniors. The thesis is divided into four chapters. The first chapter characterizes senility. The definition and classification of ageing and senility, senility periodization, pathology of senility and reactions to senility.

The second chapter follows up adaptation to senility, preparation for senility, seniors' needs, communication with seniors, healthy and active ageing.

The third chapter defines basic legislation regarding the Social Services Law, seniors care and support possibilities, social services quality standards, defines individual planning, key worker roles and individual plan.

The last chapter of this thesis follows up research of individual planning in various types of social services facilities.

POUŽITÁ LITERATURA

- ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7
- HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování. Praktický průvodce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 136 s. ISBN 978-8-247-3849-9
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2
- JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava : ZSF OU v Ostravě, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.
- KLEVETOVÁ, Dana. DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9
- Kolektiv autorů. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011, ISBN 978-80-904668-1-4
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000, 147 s. ISBN 80-7178-429-X
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4
- LANGMEIER, Josef., KREJČÍŘOVÁ Dana. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 1998, 344 s. ISBN 80-7169-195-X
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7
- MÜHLPACHR, Pavel., STANÍČEK, P. *Geragogika pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 113 s. ISBN 80-210-2510-7

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 203 s. ISBN 80-210-3345-2

MÜHLPACHR, Pavel. *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3838-1

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3.vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 160 s., ISBN 978-80-247-3271-8

PRŮCHA, Jan. *Přehled pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178-399-4

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009. 304 s. ISBN 978-80-7367-560-8

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-274-2

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007, 435 s. ISBN 978-80-246-1318-5

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. 2. vyd. Praha: MPSV ČR, 2003. 112 s. ISBN 80-86552-66-7

Internetové zdroje

Hospice [online], Dostupné z www: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/> [cit 2012-29-02]

Maslowova pyramida, [online], Dostupné z www: http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow [cit 2012-28-01]

Péče o seniory [online], Dostupné z www: <http://www.peceoseniory.cz/> [cit 2012-13-02]

Sociální reforma [online], Dostupné na [www. http://vozickar.com/nejnovejsi-vyvoj-v-oblasti-tzv-socialni-reformy/](http://vozickar.com/nejnovejsi-vyvoj-v-oblasti-tzv-socialni-reformy/) [cit 2012-25-03]

Standardy kvality sociálních služeb. Výkladový sborník pro poskytovatele. Výstuy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti Standardů kvality sociálních služeb. MPSV: 2006. Dostupné z [www: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf) [cit 2012-13-02]

Standardy kvality sociálních služeb, [online], Dostupné z [www: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf) [cit 2012-03-02]

Standardy kvality sociálních služeb, [online], <http://www.mpsv.cz/cs/5963> [cit 2012-03-02]

Zákon o sociálních službách, [online], Dostupné z [www: http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zakonom-o-socialnich-sluzbach.php#velka-zmena](http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zakonom-o-socialnich-sluzbach.php#velka-zmena) [cit 2012-30-01]

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Sociální dokumentace a individuální plán

Příloha 2 – Osobní plán průběhu poskytování služeb

Příloha 3 – Individuální plán uživatele služeb Domovinka

Příloha 4 – Průběh poskytování služeb v Domovince

Příloha 5 – Cíle služeb

Příloha 6 – Osobní asistence - individuální plán