UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Filozofická fakulta
Katedra sociologie a andragogiky

SOCIÁLNÍ INTEGRACE NESOBĚSTAČNÝCH SENIORŮ

PŘÍPADOVÁ STUDIE
STŘEDISKA SOCIÁLNÍ INTEGRACE AZASS POLIČKA

Bakalářská diplomová práce

Alena Prušková

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Valouchová

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Bystrém dne 28. března 2011 ……

Alena Prušková

Děkuji vedoucí práce Mgr. Pavlíně Valouchové za cenné rady, připomínky a vedení při zpracování mé práce.

Obsah

ÚVOD ..... - 7 -
1 SENIORSKÝ VĚK A JEHO CHARAKTERISTIKY ..... - 9 -
1.1 Stárnutí a stáří ..... - 10 -
1.2 Periodizace stáří ..... - 11 -
1.3 Charakteristika stárnutí a stáří ..... - 12 -
1.4 Funkční věk ..... - 14 -
1.5 Změny ve stáří ..... - 15 -
1.6 Zdravotní stav ..... - 16 -
2 NESOBĚSTAČNOST SENIORŮ ..... - 18 -
2.1 Nesoběstačnost ..... - 18 -
2.2 Soběstačnost ..... - 19 -
2.2.1 Hodnocení soběstačnosti ..... - 21 -
2.2.2 Potřeby seniorů ..... - 22 -
2.2.3 Autonomie ve stáří ..... - 23 -
2.3 Sociální vyloučení seniorů ..... - 24 -
2.4 Faktory sociálního vyloučení seniorů ..... - 25 -
3 INTEGRACE NESOBĚSTAČNÝCH SENIORŮ ..... - 27 -
3.1 Integrace seniorů ..... - 28 -
3.2 Rodina jako poskytovatel péče ..... - 29 -
3.2.1 Podpora pečující rodiny ..... - 31 -
3.3 Sociální práce ..... - 32 -
3.3.1 Cíle sociální práce ..... - 32 -
3.3.2 Sociální fungování ..... - 33 -
3.3.3 Sociální pracovník ..... - 34 -
3.4 Sociální práce se seniory ..... - 35 -
3.5 Sociální služby se seniory ..... - 36 -
4 SVAZEK OBCÍ AZASS POLIČKA ..... - 38 -
4.1 Založení Svazku obcí AZASS Polička ..... - 39 -
4.2 Sociální služby poskytované Svazkem obcí AZASS Polička ..... - 40 -

4.2.1 Pečovatelská služba ..... - 41 -
4.2.2 Domovy pro seniory ..... - 42 -
4.2.3 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče ..... - 42 -
4.2.4 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením ..... - 43 -
4.2.5 Sociální rehabilitace ..... - 44 -
5 STŘEDISKO SOCIÁLNÍ INTEGRACE AZASS POLIČKA ..... - 45 -
5.1 Projekt „Středisko sociální integrace“ ..... - 46 -
5.2 Středisko sociální integrace ..... - 47 -
5.2.1 Pracoviště simulace domácího prostředí ..... - 49 -
5.2.2 Pracoviště manuálních a pracovních dovedností ..... - 52 -
5.2.3 Půjčovna kompenzačních, rehabilitačních a rekondičních pomůcek ..... - 52 -
5.3 Popis činnosti Střediska sociální integrace ..... - 52 -
5.4 Kazuistiky ..... - 55 -
5.4.1 Kazuistika č. 1 ..... - 55 -
5.4.2 Kazuistika č. 2 ..... - 58 -
5.4.3 Kazuistika č. 3 ..... - 60 -
ZÁVĚR ..... - 62 -
ANOTACE ..... - 64 -
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY ..... - 65 -
Příloha č. 1 – Test ADL ..... - 69 -
Příloha č. 2 – Test IADL ..... - 70 -
Příloha č. 3 – Základní činnosti při poskytování služeb ..... - 71 -
Příloha č. 4a – Fotodokumentace - Pracoviště manuálních dovedností - dílna ..... - 72 -
Příloha č. 4b – Fotodokumentace - Pracoviště simulace domácího prostředí - koupelna, sociální zařízení ..... - 73 -
Příloha č. 4c – Fotodokumentace - Pracoviště simulace domácího prostředí - zácvikový byt ..... - 74 -
Příloha č. 5 – Hodnocení soběstačnosti ..... - 75 -

Příloha č. 6 – Sociální profil klienta ..... - 81 -
Příloha č. 7 – Úvodní shrnutí ..... - 82 -
Příloha č. 8 – Grafické znázornění ..... - 83 -
Příloha č. 9 – Závěrečné zhodnocení ..... - 84 -
Příloha č. 10 – Fotodokumentace domácího prostředí – původní stav ..... - 85 -
Příloha č. 11 – Fotodokumentace domácího prostředí – po úpravách ..... - 86 -

ÚVOD

Bakalářská práce Sociální integrace nesoběstačných seniorů, případová studie Střediska sociální integrace AZASS Polička, se věnuje problematice sociální integrace klientů seniorského věku s omezením soběstačnosti a jako případová studie Střediska sociální integrace ukáže jednu z možností, jak uchopit toto téma v praktické práci s klienty.

Součástí areálu AZASS (Areál zdravotních a sociálních služeb) Polička je mimo jiné léčebna dlouhodobě nemocných a domov pro seniory. Z tohoto důvodu tvoří větší část klientů Střediska sociální integrace senioři, kteří se z důvodu věku, nemoci nebo zdravotního postižení stali částečně či úplně nesoběstační a potřebují pomoc druhé osoby. Problematika péče o seniory patří mezi velmi diskutovaná témata dnešní doby. V současnosti se vlivem rozvíjející se zdravotní a sociální péče prodlužuje lidský věk, ale zároveň přibývá lidí, kteří potřebují zdravotní a sociální pomoc. Tyto dvě formy pomoci tvoří v péči o seniory neoddělitelné součásti, které by se měly vzájemně prolínat a doplňovat. A právě Středisko sociální integrace je ukázkou této v praxi ne zcela samozřejmé provázanosti a kompatibility poskytovaných zdravotnických a sociálních služeb.

Cílem bakalářské práce je analýza problematiky klientů seniorského věku s omezením soběstačnosti, důvodů a důsledků jejich nesoběstačnosti, přiblížení tohoto tématu z psychologického, zdravotního i sociálního hlediska a nastínění možných způsobů řešení jejich integrace. Hlavním cílem práce je představit jednu z konkrétních možností řešení sociálního vyloučení a následné integrace klientů seniorského věku s omezením soběstačnosti v praxi - ukázat cestu „z teorie do praxe“ na reálně existujícím příkladu. Práce bude postavena na teoretické a praktické znalosti této problematiky, na rozhovorech se zainteresovanými pracovníky, klienty a poskytovateli péče a analýze prostudované literatury. Dále práce bude vycházet z interních dokumentů Střediska sociální integrace, které vznikly během realizace projektu pro potřeby pracovníků a jako informační materiál pro širokou veřejnost a z dokumentace klientů.

Práce bude rozpracována do dvou rovnocenných částí, část teoretickou a praktickou. Teoretická část práce bude rozdělena do tří kapitol, seznámí čtenáře s obecnou problematikou tématu a vymezí základní pojmy. V první kapitole budou prezentována teoretická východiska vztahující se k období stárnutí a stáří, stručná charakteristika stáří a stárnutí a možných proměn osobnosti v procesu stárnutí. Druhá kapitola vymezí další související pojmy jako je nesoběstačnost, soběstačnost a specifickou skupinu osob seniorského věku s omezením soběstačnosti (dále jen nesoběstačný senior). Uvede nejčastější důvody nesoběstačnosti seniorů, možnosti hodnocení soběstačnosti v praxi a představí závažný společenský problém, který souvisí s nesoběstačností, a tím je sociální vyloučení seniorů. Třetí kapitola se bude věnovat možnostem řešení problému sociálního vyloučení nesoběstačných seniorů, kterým je mimo jiné integrace do přirozeného sociálního prostředí. Poukáže na význam rodinné i sociální péče a funkce rodiny i sociálního pracovníka v procesu sociálního začleňování nesoběstačných seniorů.

Praktická část práce představí Svazek obcí AZASS Polička a Středisko sociální integrace (dále jen Středisko). První kapitola seznámí čtenáře se Svazkem obcí AZASS Polička, popíše jeho vznik a důvody založení a představí Svazek obcí především jako poskytovatele sociálních služeb v kontextu současného právního zakotvení. Druhá kapitola popíše Středisko jako takové, jeho konkrétní činnosti a způsoby práce s nesoběstačnými seniory a ukáže jednu z možností řešení sociálního vyloučení nesoběstačných seniorů v praxi. Práce bude obohacena o kazuistiky náhodně vybraných klientů Střediska.

V závěru bakalářské práce budou uvedeny výsledky a závěry vycházející z poznatků teoretické i praktické části práce obohacené o význam činnosti Střediska z pohledu jeho pracovníků, klientů, pečujících i autorky práce.

1. SENIORSKÝ VĚK A JEHO CHARAKTERISTIKY

„Každý stárne. I ten, kdo si myslí, že se ho stáří netýká, se pomalu a jistě blíží k obávané hranici, kdy „oficiálně“ začíná stáří. A protože existuje odklon od osobní problematiky stáří, stává se, že se zvyšuje propast mezi mládím a stářím. Člověk moderní doby prostě nechce vidět, nechce slyšet, nechce být starý. Nechce být starý fakticky, ale ani si nepřeje, aby se o stáří mluvilo. Tento ochranný postoj likviduje šance poprat se s problematikou stáří a vnitřně ji zpracovat. Začněme tedy postupně rozmotávat klubko problémů a pokusme se porozumět té zvláštní a obávané etapě lidského života, kterou nazýváme stáří“ (Haškovcová, 2010, s. 9).

První část práce se zabývá současným celospolečenským problémem a tím je stárnutí populace. Obecně charakterizuje stáří, které je nejčastěji vymezováno chronologicky, na základě kalendářního věku, ale vzhledem k individualizaci stárnutí každého jednotlivce, není tento ukazatel zcela adekvátní a relevantní. Dále je uvedeno několik charakteristik stáří a stárnutí, které pohlížejí na toto období života člověka z různých hledisek a projevů a popisují stárnutí jako neodvratitelný fyziologický děj, poslední fázi ontogeneze člověka. Blíže je vysvětlen pojem funkční (skutečný) věk, který odpovídá skutečnému funkčnímu potenciálu jedince, nejvýstižněji ho charakterizuje a s jeho pomocí lze určit míru soběstačnosti seniorů. Stárnutí a stáří se vyznačuje ubýváním funkčnosti jednotlivých orgánů a vznikem tělesných, psychických a sociálních změn (Pacovský, 1997). Schopnost umět tyto změny přijmout a vyrovnat se s nimi je u každého jedince velmi individuální. Reakce seniorů na změny spojené se stárnutím a stářím určuje mnoho faktorů (jejich vlastní příprava na stáří, osobnost, výchova, vzdělání, prostředí, zdravotní stav, aj.), které ovlivňují konečnou podobu adaptace na stárnutí a stáří a kvalitu života seniorů (Venglářová, 2007, s. 12-13). V závěru je blíže specifikován zdravotní stav, který má největší vliv na kvalitu života seniorů a omezení či ztrátu jejich soběstačnosti (Pacovský, 1997).

1.1. Stárnutí a stáří

Neustálé prodlužování délky života je výsledkem sociálního rozvoje, pokroku ve zdravotnictví, v lékařské péči a vlivu lepších životních i pracovních podmínek. Stárnutí populace je nejcharakterističtějším rysem demografického vývoje rozvinutých zemí Evropy. Podle analýzy Českého statistického úřadu uveřejněné na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí ČR by *„měli lidé starší 65 let v roce 2030 tvořit 22,8 % populace, v roce 2050 pak 31,3 %, což představuje přibližně 3 miliony osob“* (Kvalita života ve stáří, 2008, s. 9 [online]).

Roli stáří v životě člověka nebyla v minulosti věnována velká pozornost, lidé stárnutí a samotné stáří vnímali spíše negativně, jako období ubývání sil a kompetencí (Vágnerová, 2000). V současné době se problematika stárnutí a stáří dostává stále více do popředí, s prodlužováním lidského věku dochází ke stárnutí společnosti a tak tento problém přestává být pouze osobní a rodinnou záležitostí a stává se závažnou výzvou pro celou společnost. S přibývajícím věkem se všeobecně zhoršuje zdravotní stav a roste počet osob nemocných a závislých na pomoci druhých. Péče o naše blízké v pokročilém věku vypovídá o morálce a kultuře společnosti a dle Haškovcové má každá společnost povinnost vytvořit vhodné podmínky pro důstojný život ve stáří a pomoci tak stárnoucímu člověku (Haškovcová, 2010).

Společnost se především snaží o celkové zlepšení kvality života seniorů, jejich zdravotního a funkčního stavu a o prodloužení aktivního období života (Mühlpachr, 2009). Zvyšuje se úroveň poskytování kvalitní zdravotní a sociální péče, aktivně se usiluje o zabezpečení nemocných a závislých osob, rozšiřují se nabídky volno časových aktivit a dochází k rozvoji vědních a lékařských oborů, které se touto problematikou zabývají, například:

- *gerontologie* - integrovaný vědní obor, který se zabývá problematikou stáří a stárnutí, shrnuje veškeré poznatky o starém člověku a o fyziologických mechanismech stárnutí

- *geriatrie* - specializovaný lékařský obor o nemocech ve stáří, který se zabývá diagnostikou, léčbou chorob a specializovanou zdravotní péčí o nemocné vyššího věku
- *gerontopedagogika* - výchova a vzdělávání ke stárnutí, stáří a ve stáří a je součástí andragogiky, vědy o vzdělávání a výchově v dospělosti

(Mühlpachr, 2009, s. 10-11).

1.2. Periodizace stáří

Pro určení stáří je výchozím bodem kalendářní věk člověka, ale názory odborníků se různí. Každý jedinec stárne individuálně, proto je kalendářní věk pouze orientační (věk kalendářní vs. biologický vs. funkční). Za počátek stáří se nejčastěji považuje šedesátý rok života.

Podle Vágnerové dělíme stáří na dvě základní období:

- *období raného stáří – období po 60. roce života*
- *období pravého stáří - období po 75. roce života*

(Vágnerová, 2000).

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) se stáří dělí na období:

- *60 – 74 let – rané stáří*
- *75 – 89 let – vlastní stáří*
- *90 a více let – pozdní stáří, dlouhověkost*

(Haškovcová, 2010).

Z důvodu stárnutí populace v hospodářsky vyspělých zemích se v současné době všeobecně uznávaná hranice stáří určená věkem stále více posouvá k věku 65 let a časový úsek stáří se ještě dále dělí:

- *65 – 74 let – mladí senioři (problematika adaptace na penzionování, volného času, aktivit, seberealizace)*
- *75 – 84 let – staří senioři (změny funkčních zdatností, specifická medicínská problematika, atypický průběh chorob)*
- *85 a více – velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečenosti)*

(Mühlpachr, 2009, s. 21).

Často používaná je také varianta dělení starších lidí na dvě kategorie:

- *třetí věk* označuje aktivní a nezávislý život ve stáří
- *čtvrtý věk* označuje období, kdy je člověk při zajišťování svých základních životních potřeb odkázán na druhé

(Mühlpachr, 2009, s. 20).

1.3. Charakteristika stárnutí a stáří

Stárnutí (také gerontogeneze) je výrazný a důležitý jev v životě člověka, je součástí přirozeného vývoje organismu, jeho poslední vývojovou fází. Jedná se o různorodý biologický proces, který je geneticky naprogramován, nelze ho přehlédnout ani odvrátit, řídí se specifickým časovým zákonem, ovlivňuje ho prostředí a je provázeno postupnými ztrátami fyzických a psychických sil i funkčními změnami celého organismu (Pacovský, 1997). *„Konečnou etapou procesu stárnutí je období, kterému říkáme stáří“* (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 17). Stáří je často spojováno s odchodem do důchodu, ztrátou každodenních povinností a některých sociálních rolí (Vágnerová, 2000). Stáří je ale také obdobím bilancování, nových sociálních rolí, nových úkolů a plánů.

Na otázku, kdy se člověk stává starým, neexistuje jednoznačná odpověď. *„Starý člověk je ten, kdo v určitém společenství žije déle než ostatní nebo ten, který žil déle než většina v té době žijících lidí“* (Pichaud, Thareauová 1998, s. 25). Erikson, který rozdělil vývoj člověka do několika životních etap a s nimi spojených krizí, vidí stáří jako poslední životní krizi**,** ve které člověk bilancuje celý svůj dosavadní život a označuje ji za konflikt integrity a zoufalství**.** Integritou rozumí smíření se s průběhem svého života, za jehož podobu si odpovídá člověk sám, posilování lidské důstojnosti a lásky. Zoufalství znamená nenaplnění a pocit zklamání z průběhu svého dosavadního života, který je v tomto případě považován za nesmyslný a neužitečný (Drapela, 1997, s. 45).

Výstižnou charakteristiku stáří v porovnání s mládím podává ze sociologického hlediska J. Alan. Z jeho pohledu je mládí obdobím, kdy jsme nespokojeni se světem kolem nás a chceme ho změnit, kdežto stáří má

tendenci svět obhajovat. Typickým znakem mládí je aktivita, je to období velkých činů, ve stáří přestává být aktivita dominantní a činy nahradí zvažování a hodnocení. Mládí se snaží vyznat se samo v sobě a ve společnosti, ve které žije, stáří se pak snaží vyznat se v sobě a ve svém vztahu ke světu. „*Socializačním problémem pro mládí je přizpůsobení, pro stáří spíše vyrovnání*“ (Alan, 1989, s. 386).

Pacovský (1997) charakterizuje toto období v souvislosti s funkčním potencionálem jedince. Vychází z předpokladu, že zvyšování věku je spojeno s poklesem funkčnosti v oblasti:

- *fyzické* (pokles fyzické výkonnosti orgánů, vnější tělesné změny, odolnost organismu, chronická onemocnění)
- *psychické* (emoční změny, snížená míra frustrační tolerance a adaptace na změny, omezení až ztráta kognitivních schopností)
- *sociální* (schopnost udržovat sociální vztahy, začlenění do společnosti).

„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 a následné se vzájemně prolínají, mnohé jsou protichůdné a jednotlivé vymezení i periodizace stáří se tak stávají velmi obtížnými“ (Mühlpachr, 2009, s. 18).

Období stáří lze dále charakterizovat z různých hledisek a dělit např. na stáří biologické, kalendářní, sociální a psychické:

- *biologické stáří* je označením míry funkčních změn, často způsobených různými chorobami, neprobíhá u všech jedinců stejným tempem a mnohdy se výrazně liší od kalendářního stáří
- *kalendářní (chronologické) stáří* je určeno datem narození, vycházejí z něj různé společenské a právní normy, výhodou je jednoduchost a snadné srovnávání

- *sociální stáří „je dáno změnou rolí, životního způsobu i ekonomického zajištění a je v tomto smyslu chápáno jako sociální událost“* - odchod do penze, změna sociálních rolí, změna samostatného bydlení za ústavní, zhoršení finanční situace, ztráta životního partnera apod.

(Mühlpachr, 2009, s. 19-20)

- *psychické stáří*, které se projevuje především snížením duševních intelektových schopností (Vágnerová, 2000).

1.4. Funkční věk

Nejvýstižněji charakterizuje člověka tzv. funkční věk (věk skutečný), který odpovídá jeho skutečnému funkčnímu potencionálu. Funkční věk se velmi často liší od věku kalendářního a je dán souhrnem charakteristik biologických, sociálních i psychologických (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 18). Vyjadřuje sociální a psychickou zdatnost i míru soběstačnosti každého jedince. Kalvach uvádí několik funkčních kategorií starých lidí:

- *elitní* senioři, kteří si udržují vynikající zdatnost, i ve vysokém věku jsou schopni extrémních výkonů a po celý život jsou zcela soběstační
- *zdatní (fit)* senioři, kteří sice nezvládají extrémní zátěže, ale také mají velmi dobrou tělesnou i duševní kondici, nejsou pohybově limitování a běžně zvládají i náročné denní aktivity
- *nezávislí* senioři, kteří dobře zvládají běžné aktivity každodenního života a nepotřebují významnější pomoc, ale i tito zdánlivě samostatní senioři mohou v zátěžových situacích funkčně selhat a ztratit plnou soběstačnost
- *křehcí (frail)* senioři, kteří už mají problémy se zvládáním běžných aktivit, vyhledávají pomoc rodiny či pečovatelské služby, jsou i v běžných podmínkách ohroženi náhlým omezením zdravotního či funkčního stavu, náhlým stavem nouze

- *závislí (dependent)* senioři, kteří jsou vlivem funkčního deficitu omezeni ve svém pohybu a potřebují trvalou pomoc rodiny nebo profesionálních služeb v základních činnostech sebeobsluhy
- *zcela závislí (totally dependent)* senioři, kteří jsou upoutáni na lůžko, nezvládají ani s dopomocí základní prvky sebeobsluhy a jsou zcela závislí na pomoci domácí či ústavní ošetřovatelské péče

(Kalvach, 2004, s. 169-70).

Velmi často je stárnutí a stáří definováno obecným popisováním jeho vlastností, je spojováno s ubýváním tělesných a duševních sil, pozvolnou degenerací mnoha funkcí lidského organismu, větší náchylností k nemocem, změnami na všech orgánech a postupnou ztrátou soběstačnosti a vzniku závislosti na druhých.

1.5. Změny ve stáří

Každé období lidského života má svá specifika v oblasti biologických, psychických a sociálních změn (Venglářová, 2007, s. 11). Pokud chceme porozumět potřebám a pochopit chování člověka během jednotlivých životních úseků, musíme se s těmito změnami blíže seznámit. Ani období stáří není výjimkou. Je velmi důležité znát a naučit se chápat všechny změny stárnoucího člověka, protože jen tak můžeme pochopit chování seniorů, respektovat jejich speciální potřeby a pomoci naplnit jejich životní roli ve stáří.

Přehled změn způsobené stářím (Venglářová, 2007, s. 12):

Změny tělesné	***Změny psychické***	***Změny sociální***
změny vzhledu	*zhoršení paměti*	*odchod do penze*
úbytek svalové hmoty	*obtížnější osvojování nového*	*změna životního stylu*
změny termoregulace	*nedůvěřivost*	*stěhování*
změny činnosti smyslů	*snížená sebedůvěra*	*ztráty blízkých lidí*
degenerativní změny kloubů	*sugestibilita*	*osamělost*
kardiopulmonální změny	*emoční labilita*	*finanční obtíže*
změny trávícího systému	*změny vnímání*	
změny vylučování moči	*zhoršení úsudku*	
změny sexuální aktivity		

Reakce stárnoucího člověka na všechny změny ve stáří a způsob vyrovnání se s nimi jsou velmi individuální a jsou ovlivněny osobností seniora, prostředím, životními zkušenostmi, výchovou, vzděláním, zdravotním stavem, jeho možnostmi a v nemalé míře i reakcemi okolí. Od okamžiku, kdy si člověk poprvé uvědomí, že stárne, začíná problém jeho psychologické adaptace na stáří (Venglářová, 2007, s. 12-13). Adaptace může mít podobu konstruktivního přístupu, závislosti na okolí nebo nepřátelství a její výsledná podoba ovlivňuje kvalitu života seniorů. Dle Pacovského (1990) existuje *„pět modelů adaptace (adjustace) na stáří“*:

- *konstruktivnost* (příprava na stárnutí, přiměřené cíle a plány, aktivita, vyrovnanost, přizpůsobivost, tolerance, soběstačnost)
- *závislost* (pasivita, závislost na okolí, neochota při navazování vztahů, vyžadování pozornosti)
- *obranný postoj* (dokazování nezávislosti, odmítání pomoci, odmítání stáří)
- *nepřátelství* (nepřátelský postoj k ostatním lidem, mrzutost, agresivita, hrozba sociální izolace)
- *sebenenávist* (nepřátelský postoj k vlastní osobě, pasivita, pesimismus, osamělost)

1.6. Zdravotní stav

„Zdravotní stav člověka je výsledkem vzájemného působení organismu a prostředí, a to po celou dobu života“ (Jarošová, 2006, s. 34). Zavázalová definuje ukazatele zdravotního stavu seniorů a tvrdí, že *„významným ukazatelem zdravotního stavu starých osob je prevalence funkčního poškození – disability. Ukazuje vliv onemocnění na fyzickou, psychickou i sociální soběstačnost starého člověka, definuje se jako neschopnost jedince vykonávat věku přiměřenou aktivitu“* (Zavázalová, 2001, s. 29). Podle Pacovského je zdravý každý senior, který je soběstačný a spokojený s kvalitou svého života, nemá narušené sociální kontakty a je bez přítomnosti zjevné choroby (Pacovský, 1990, s. 61).

I ve stáří je normálním stavem stav dobré fyzické a duševní kondice a s tím související schopnost vést kvalitní a nezávislý život, ale právě stáří je obdobím s častějším výskytem chorob a různých poruch. *„Stáří není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. (...) Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti“* (Mühlpachr, 2009, s. 39).

Zdraví patří mezi nejvyšší lidské hodnoty a se zvyšujícím se věkem jeho hodnota stále stoupá. Zdravotní stav ve vyšším věku ovlivňuje všechny aspekty života seniora a určuje kvalitu života ve stáří (Pacovský, 1997, s. 66). Zvláštností ve stáří je vzájemná podmíněnost zdravotního stavu a sociální situace. Každá choroba je pro seniora sociální událost, která může změnit sociální situaci jedince, a naopak změna sociální situace může mít za následek zhoršení zdravotního stavu (Kvalita života ve stáří, 2008, s. 35 [online]). Ve stáří považujeme za projev zdraví především schopnost vést samostatně co nejkvalitnější život, být plně soběstačný. S vyšším věkem se ale objevují specifické zdravotní problémy, zvyšuje se výskyt chronických onemocnění a nejvážnějším důsledkem těchto problémů je snížení soběstačnosti a hrozba sociálního vyloučení.

2. NESOBĚSTAČNOST SENIORŮ

„Stáří nemá být koncem života, ale jeho korunou.“ (A. Repond)

Druhá část práce se teoreticky zabývá nejzávažnějším problémem jedinců vyššího věku a tím je postupná ztráta soběstačnosti – ztráta schopnosti vést samostatně a bez pomoci druhých důstojný život v přirozeném prostředí (viz kapitola 2.2). Soběstačnost se s přibývajícím věkem výrazně snižuje, starý člověk přestává být schopen uspokojovat své základní potřeby sám, což vede ke zvýšené závislosti na jiných lidech a k nucené životní změně. Pokud klesá tělesná a psychická soběstačnost jedince, zvyšuje se jeho závislost na pomoci, kterou mu poskytuje rodina, pečovatelská služba či sociální zařízení, a jedinec se postupně stává nesoběstačným. Tato část práce mapuje nejčastější důvody nesoběstačnosti seniorů (zdravotní stav, fyzické a psychické možnostmi jedince), které se projevují jako neschopnost uspokojovat své základní životní potřeby bez pomoci druhých. V rámci seniorské problematiky je uspokojování základních lidských potřeb v úzké souvislosti s hrozbou ztráty autonomie a sociálního vyloučení, proto další část této kapitoly popisuje sociální vyloučení jako důsledek nesoběstačnosti a závislosti ve stáří a znamená vyčlenění, vyloučení ze společnosti, nedostatečný počet sociálních vazeb a omezení sociálních kontaktů. Sociální vyloučení je představeno jako multifaktorový jev z hlediska příčin i důsledků a v závěru této části práce jsou uvedeny základní faktory, které jsou příčinami sociálního vyloučení seniorů.

2.1. Nesoběstačnost

Život člověka se v podstatě skládá z řešení neustálých každodenních životních situací a některé z nich představují pro jedince velkou zátěž. K negativním situacím, se kterými se nejčastěji musí ve svém životě vyrovnávat senioři, patří zdravotní či sociální omezení z důvodu nemoci nebo poklesu funkčních schopností a s tím související omezení či ztráta soběstačnosti (Klevetová, Dlabalová, 2008).

S klesajícími funkčními schopnostmi seniora dochází nejdříve ke ztrátě funkcí, které umožňují nezávislý běžný život ve společnosti (nákupy, návštěvy lékaře a kulturních zařízení, vyřizování záležitostí na úřadech, obstarávání domácnosti apod.). Postupně se mění jeho potřeby, zhoršuje se zdravotní stav a zvyšují se požadavky seniora na úpravu prostředí, ve kterém žije a nároky na pomoc okolí, rodiny či společnosti. Nakonec dochází ke ztrátě schopností sebeobsluhy, kdy senior už není schopen zvládnout sám základní fyzické úkony a stává se nesoběstačným (Zavázalová, 2001, s. 31).

Vymezit nesoběstačnost přesnou definicí není možné, protože definice tohoto pojmu se v literatuře téměř nevyskytuje. Pojem nesoběstačnost ve stáří je uváděn v diskusním materiálu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Autoři vychází z pojmu disabilita, která často vede k nesoběstačnosti, a popisují ji jako *„jakoukoli restrikci nebo omezení schopnosti – ability, (která jsou důsledkem poruchy) provádět aktivity způsobem, který je běžný pro lidské bytosti a který zahrnuje jak vlastní poruchu, tak i limitování aktivit a omezení participace i environmentální faktory“*. Míra nesoběstačnosti je pak dle tohoto materiálu *„mírou určující tu část populace (seniorů), kteří pravděpodobně potřebují služby dlouhodobé péče. Tento parametr je definován jako závislost alespoň na jedné ze základních aktivit denního života“* (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s. 10).

2.2. Soběstačnost

Vzhledem k nedostupnosti pojmu nesoběstačnost v odborné literatuře lze vymezit teoretická východiska nesoběstačnosti pomocí konceptu soběstačnosti. Ve výše jmenovaném diskusním materiálu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR je soběstačnost definována *„jako obecná schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí pomoci“*. Takto definovanou soběstačnost lze dále dělit:

- *soběstačnost konkrétní*, schopnost vést samostatný a důstojný život ve svém přirozeném sociálním prostředí

- *soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života (IADL)* je schopnost vykonávat běžné denní úkony (udržování domácnosti, nakupování, obstarávání financí)
- *soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách (ADL),* která představuje schopnost zvládat základní prvky sebeobsluhy bez pomoci druhých

(Válková, Kojesová, Holmerová, 2010, s. 10).

Soběstačnost, která je považována za schopnost postarat se příslušným způsobem o sebe a svou domácnost a obsahuje složku:

- *fyzickou* (mobilita)
- *psychickou* (schopnost samostatného rozhodování)
- *sociální* (úroveň integrace s rodinou a společností)
- *hmotnou* (příjmy)

(Zavázalová, 2001, s. 31).

„Soběstačný (samostatný) senior je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije“ (Topinková, 2005, s. 7). Pacovský (1997) při vymezení pojmu soběstačnosti vychází z předpokladu, že období stáří je spojeno s poklesem výkonnosti, s omezením tělesných a duševních schopností a soběstačnost označuje jako funkční potenciál jedince. Klesne-li funkční potenciál natolik, že senior potřebuje trvalou pomoc druhé osoby, vzniká závislost (opak soběstačnosti). Kalvach (2004) popisuje soběstačnost jako schopnost uspokojovat bez cizí pomoci své běžné potřeby v daném prostředí, kterou ovlivňují dva faktory: funkční zdatnost organismu a náročnost prostředí. Topinková a Neuwirth (1995) pak definují soběstačného (samostatného) člověka jako jedince, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních funkcí a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné aktivity denního života v prostředí, v němž žije.

Z výše uvedených charakteristik vyplývá, že soběstačnost je soubor schopností, které za normální situace považujeme za naprosto běžné.

Schopnosti, které nám umožňují žít samostatně a bez pomoci druhých se ve svém přirozeném sociálním prostředí vyrovnávat s nástrahami všedního života. Jedná se o schopnosti fyzické, ale i schopnosti duševní. Soběstačnost závisí na zdravotním stavu člověka a podmínkách jeho života. Ke ztrátě soběstačnosti ve stáří může dojít postupně nebo náhle. Postupné snižování soběstačnosti seniorů souvisí s postupným úbytkem funkčních schopností organismu, se snižováním adaptability a vyšším výskytem chronických onemocnění (polymorbiditou). K náhlé ztrátě soběstačnosti většinou dochází z důvodu akutního onemocnění. V případě omezení nebo ztráty soběstačnosti se jedinec stává závislým na pomoci a péči svého okolí.

2.2.1. Hodnocení soběstačnosti

K uspokojování životních potřeb dochází prostřednictvím tzv. aktivit denního života. Tyto aktivity jsou definovány, a proto lze k posuzování úrovně soběstačnosti použít jednoduché a snadno aplikovatelné testy (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2003). Jedná se o testy základních všedních činností, tj. testy ADL – Activities of Daily Living (viz příloha č. 1) a testy instrumentálních všedních činností, tj. IADL – Instrumental Activities of Daily Living (viz příloha č. 2).

Aktivity denního života (ADL) jsou běžné denní činnosti, mezi které se řadí hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování. Zdravý dospělý člověk vykonává tyto činnosti zcela samostatně, bez pomoci druhých, pravidelně a automaticky. Koncept hodnocení aktivit každodenního, běžného, všedního života, označovaných obecně jako ADL, vychází z přesvědčení, že u seniorů především se závažnou nesoběstačností není životně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, nýbrž *„funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti“* (Kalvach, 2004, s. 196).

Instrumentální aktivity denního života (IADL) se týkají složitějších činností, které umožňují nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost (nakupování, vaření, vedení domácnosti, používání dopravních prostředků, nakládání s penězi, telefonování). Pod pojmem instrumentální aktivity

denního života se dnes rozumí *„činnosti, které jedinci umožňují samostatný pobyt v různém prostředí“* (Kalvach, 2004, s. 197).

Schopnost vykonávat denní aktivity běžného života samostatně má pozitivní vliv na autonomii jedince. Pro seniora je často velmi obtížné ztotožnit se s rolí nesoběstačného jedince a přijmout pomoc od druhých, a proto je velmi důležité, jak a v jakém rozsahu je tato pomoc nabízena a realizována. Pomocí těchto i dalších testů lze závislost objektivně změřit a stanovit tak rozsah a metody potřebné péče (Jeřábek a kol., 2005).

2.2.2. Potřeby seniorů

Soběstačnost seniorů je úzce propojena s uspokojováním jejich potřeb, neboť omezení soběstačnosti neumožňuje seniorům plně uspokojovat základní životní potřeby. Termín potřeba není vymezen jednoznačnou definicí a neznamená jen něco určitého, co člověk postrádá, ale jedná se i o stav a pocity jedince. *„Potřebou se tedy nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale také hlavně to, k čemu člověk skrze ni směřuje. Potřeba je projevem bytostného přání“* (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 25).

Při uspokojování potřeb je důležitá jejich hierarchie. Americký psycholog A. H. Maslow definoval základní lidské potřeby, rozčlenil je do pěti kategorií a sestavil pyramidu potřeb:

- *1.stupeň* – fyziologické potřeby (výživa, dýchání, vylučování, spánek, pohyb, hygiena aj.)
- *2.stupeň* – potřeba bezpečí (ekonomické, fyzické, psychické bezpečí)
- *3.stupeň* – sociální potřeby (náležet ke skupině, potřeba lásky, vlastní názor, informace)
- *4.stupeň* – potřeba autonomie (být svobodný, potřeba uznání, vážnosti, úcty, užitečnosti)
- *5.stupeň* – potřeba seberealizace (nalezení smyslu života a životní spokojenosti, aktivita)

(Pichaud, Thareauová, 1998, s. 36).

Lidské potřeby tvoří celek a jako celek musí být uspokojovány. Struktura potřeb zůstává i ve stáří zachována, mění se pouze jejich intenzita a

důležitost (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 41). Nedostatečné zajištění základních potřeb seniorů a především omezení na potřeby fyziologické a materiální, se podílí se na zvyšování rizika jejich sociálního vyloučení.

2.2.3. Autonomie ve stáří

Ve stáří dochází k poklesu soběstačnosti člověka, a proto je důležité se v souvislosti se stářím zmínit i o konceptu autonomie, protože právě v této fázi života je autonomie nejvíce ohrožena. Autonomie člověka je chápána jako jedna z nejvyšších lidských hodnot. *„Jedná se o autonomii ve smyslu být svobodný, být sám sobě zákonem, rozhodovat sám za sebe. Člověk může být fyzicky závislý a zároveň psychicky zcela autonomní.“* (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 39).

Autonomii lze obecně vnímat jako svobodu vůle, zachování rozhodovacích kompetencí a soukromí. Za ekvivalent autonomie je považována někdy nezávislost či individuální svoboda. *„Pojem osobní autonomie je spojován s kritičností a nezávislostí ve vytváření a vyjadřování názorů, přesvědčení, s reflexí vlastních zájmů, jejich prosazováním, se samostatným určováním a naplňováním cílů, projektů a plánů, realizací vlastních hodnot“* (Sýkorová, 2007, s. 73). Jako synonyma bývají užívány pojmy jako nezávislost, soběstačnost, důstojnost, soukromí, individualita, svoboda.

Svoboda je nezbytná složka autonomie a označuje schopnost jedince dělat to, co si přeje, mít neomezené možnosti volby a rozhodování, ponechat si dostatek prostoru pro lidskou volbu a aktivitu, *„i kdyby měl výběr představovat pouhé rozhodnutí nic nevybírat a plavat s proudem“* (Bauman in Sýkorová, 2007, s. 75).

Sýkorová (2007) dále tvrdí, že autonomie nemusí být nutně opakem nesoběstačnosti. I jedinci nesoběstační mohou být autonomní. Dělí tedy osoby do několika skupin:

- autonomní a soběstační jedinci
- autonomní, ale nesamostatní jedinci, kteří jsou v některých denních situacích více či méně odkázání na pomoc ostatních

- soběstační, ale neautonomní, kteří uspokojují své potřeby pod vedením druhých
- nesoběstační a neautonomní, kteří nejsou schopni uspokojovat své potřeby, neuvědomují si, co je pro ně dobré.

Samotnými seniory je autonomie dle Sýkorové vnímána jako:

- soběstačnost fyzická: limitována zdravím, zajištění potřeb osobních a svých nejbližších, péče o domácnost (Sýkorová, 2007, s. 116)
- soběstačnost finanční: schopnost se o sebe postarat, nezávislost na druhých, pocit svobody, svobodné rozhodování o finančních výdajích - význam tím vyšší, čím vyšší závislost na druhých z hlediska fyzické nesoběstačnosti - osobní kontrola snazší, než ve sféře fyzické (Sýkorová, 2007, s. 138)
- autonomie v užším smyslu samostatného rozhodování: znamená osvědčení vlastních kompetencí (Sýkorová, 2007, s. 118)
- ztotožnění autonomie se zdravím: být ve stáří autonomním, znamená být zdravý (Sýkorová, 2007, s. 90).

Senioři dle výzkumu Sýkorové považují „*za hlavní limitu vlastní soběstačnosti zdraví,* [které je pro ně] *synonymem autonomie a zároveň její podmínkou. (…) Senioři chápou zdraví nejen jako předpoklad fyzické, ale také ekonomické soběstačnosti, rozhodování a jednání i plánování životních cílů, to znamená dalších komponent jejich definice autonomie“*. Z tohoto výzkumu je patrné, že význam zdraví je z pohledu samotných seniorů „*typickým znakem autonomie ve stáří“* (Sýkorová, 2007, s. 116-117).

2.3. Sociální vyloučení seniorů

Definice sociálního vyloučení vychází z práva jedince na základní životní standard a z práva na participaci ve společnosti. Rada Evropské unie definuje sociální vyloučení jako proces, který vytlačuje určité jednotlivce na okraj společnosti a brání jim v participaci z důvodu jejich chudoby, nedostatku základních kompetencí a příležitostí k celoživotnímu vzdělávání nebo v důsledku diskriminace. Takto se oddalují od zaměstnání, příjmu a vzdělávacích příležitostí stejně jako od společenských či veřejných sítí a

aktivit. Mají malý přístup k moci a k rozhodovacím orgánům, a proto se často cítí bezmocní a neschopní ovlivňovat rozhodnutí, která se dotýkají jejich každodenního života (Rada Evropské unie, 2004 [online]).

Sociální vyloučení z pohledu participace je v zákoně o sociálních službách definováno jako vyčlenění jedince mimo běžný život společnosti, který se z důvodu nepříznivé sociální situace (viz s. 28) nemůže nebo sám neumí zapojit zpět do života společnosti (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů). Sociálně vyloučení lidé obvykle nestojí před jedním problémem, ale před celým komplexem problémů a přitom každý z nich sám o sobě může ohrožovat život a fungování jedince ve společnosti.

Sociální vyloučení je nejvážnějším důsledkem nesoběstačnosti seniorů, je velmi úzce spojeno s vyšším věkem a se snižujícím se počtem sociálních kontaktů. Zabraňuje plné účasti na životě společnosti, postupně vylučuje seniory z jejího středu a v krajním případě může starého jedince ohrožovat na zdraví či na životě (Zavázalová, 2001, s. 45).

Sociální vyloučení seniorů lze tedy chápat jako vyčlenění, vyloučení starší generace na okraj společnosti s omezením přístupu k různým zdrojům (zaměstnání, bydlení, sociální ochrana, zdravotní péče, vzdělávání aj.), které jsou ostatním členům společnosti běžně dostupné. Neztratit kontakt s okolním světem je pro seniory v důsledku tělesných omezení, chronických onemocnění, snížené mobilitě, narůstající nesoběstačnosti a celkovému ubývání fyzických a psychických sil stále obtížnější (Dvořáčková, 2009 [online]).

2.4. Faktory sociálního vyloučení seniorů

Sociální vyloučení seniorů je podmíněno mnoha různými faktory. Největší podíl na vzniku a míře sociálního vyloučení mají některé oblasti života jedince, které se vzájemně prolínají a ovlivňují:

- *biologické faktory* – zdravotní stav, vrozené dispozice, tělesná kondice, nejčastěji se jedná o omezení pohyblivosti a smyslové postižení (hl. nedoslýchavost)

- *psychické faktory* – jako je např. schopnost řešit problémové situace, změny poznávacích schopností, změny osobnosti, různé typy demence
- *sociální faktory* – především rodinné zázemí (nefunkčnost nebo absence rodiny a bližšího sociálního zázemí, zužování okruhu rodiny a přátel, nedostatek času nejbližších příbuzných), příležitosti a schopnosti navazování a udržení sociálních vztahů a vazeb, *velká* odlišnost generací, zmenšená přizpůsobivost
- *noetické faktory* – ke kterým patří morální, náboženské a etické přesvědčení, hodnoty, zkušenosti, smysl života

(Matoušek a kol., 2005, s. 99).

K faktorům prohlubující sociální vyloučení seniorů dále patří prostředí, ve kterém žijí (vlastní domov) nebo do kterého se dostávají (zařízení sociálních služeb, zdravotnická zařízení), technické bariéry omezující pohyb seniorů v jejich nejbližším okolí (Rheinwaldová, 1999), finanční zajištěnost, přístup společnosti ke stáří a starým lidem a určitý podíl lze najít i v chování samotných seniorů (Dvořáčková, 2009 [online]).

Každý člověk, tedy i stárnoucí jedinec je právoplatným členem společnosti. Dobře fungující společnost přijímá stáří jako neodmyslitelnou realitu a populaci seniorů jako svou přirozenou součást. Sociální vyloučení seniorů patří k negativním společenským jevům, které narušují homogenitu společnosti. Snahou vyspělé společnosti je zabránit segregaci, vyčlenění ze společenských vztahů těchto jedinců a cílem této snahy je jejich plná integrace, sociální začleňování (Pacovský, 1994).

3. INTEGRACE NESOBĚSTAČNÝCH SENIORŮ

Poslední teoretická část práce se věnuje integraci nesoběstačných seniorů. V praxi se jedná spíše o reintegraci, neboť tito lidé byli občansky a sociálně integrovaní, ale ztráta funkčních schopností a tím související nesoběstačnost tuto integraci narušily. Tato část práce představuje obecně integraci jako proces sociálního začleňování znevýhodněných jedinců zpět do společnosti, na který působí mnoho faktorů spjatých přímo s osobou jedince, jiné se týkají společnosti jako celku. Integrace nesoběstačných seniorů v této práci znamená opětovné začlenění seniorů do společnosti, jejich účast na společenském životě, kontakty s jedinci, skupinami a společenským prostředím. Pro integraci seniora do společnosti je ideální, pokud může žít ve svém přirozeném sociálním prostředí za podpory svých blízkých. V současné moderní společnosti se ochota a možnosti rodiny poskytovat kvalitní péči svým stárnoucím příbuzným neustále snižují a na pečující jsou kladeny vysoké nároky. Morální povinnost postarat se o nesoběstačného seniora nese především rodina. Model dobré rodinné péče může fungovat pouze v případě spolupráce a pomoci mezi rodinou, institucemi a poskytovateli sociálních služeb (Jeřábek a kol., 2005, s. 68). Předcházením a řešením sociálních problémů se zabývá sociální práce. Jedním ze základních úkolů sociální práce je podpora a obnovení sociálního fungování jedince v obtížné sociální situaci (Matoušek, 2001, s. 184). Sociální práce se seniory je velmi specifická, přináší určité problémy a její výsledky jsou závislé na osobnosti, zkušenostech a profesionalitě sociálního pracovníka (Matoušek, 2005). Jedním z nástrojů sociální práce jsou sociální služby. Sociální služby vymezené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zajišťují pomoc a podporu za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

3.1. Integrace seniorů

V běžném životě se setkáváme s lidmi, kteří se nějakým způsobem odlišují od většinové populace a vytváří minoritu (menšinovou skupinu), jež bývá ohrožena vyčleňováním za společnosti. Ale i menšiny jsou součástí naší společnosti a nelze je jakýmkoliv způsobem izolovat a vyčleňovat. Při integračním procesu nejde jen o vyrovnání příležitostí a úpravu vztahů mezi menšinou a většinou společnosti, ale především o úspěšnost v jejich začleňování do společnosti, a to je ovlivňováno i postoji každého z nás. Sociální integrace je pak proces rovnoprávného společenského začleňování minoritních skupin do života společnosti, spojování částí v celek v dimenzi společenských, kulturních, výchovně vzdělávacích i pracovních vztahů (Jesenský, 1995).

Pojem integrace (sociální začleňování) je odvozen od konceptu sociální exkluze (sociální vyloučení) a je vnímán jako protikladný proces, který směřuje k participaci na životě společnosti. Zákon o sociálních službách definuje sociální začleňování jako *„proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim pomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný*“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Sociální začlenění seniorů předpokládá zachování sociálních vztahů a kontaktů, právo na sebeurčení a participaci na životě společnosti. Staří lidé mají velké životní a pracovní zkušenosti, které lze ve prospěch komunity a společnosti využít. Zapojení seniorů do společnosti, účast při řešení a rozhodování ve věcech, které se jich významně dotýkají, znamená pro stárnoucí jedince určité ocenění, uznání jejich zkušeností a přináší jim pocit užitečnosti, uspokojení a smysluplného využití volného času. (Kvalita života ve stáří, 2008 [online]).

Integrace seniorů je proces usilující o plnohodnotný společenský život seniorů, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci. Zákon o sociálních službách definuje nepříznivou sociální situaci jako situaci, při níž dochází

k hrozbě vyčlenění z přirozeného sociálního prostředí a z účasti na životě společnosti určitých jedinců. Jedná se o osoby, které žijí společensky neuznávaným způsobem nebo v sociálně znevýhodněném prostředí, mají nevhodné životní návyky, dostaly se z ekonomických či sociálních důvodů do krizové životní situace a z důvodu věku, nemoci, zdravotního postižení, ztráty soběstačnosti, trestné činnosti apod. nejsou schopny dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své základní životní potřeby a bez cizí pomoci se začlenit zpět do společnosti (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Základem úspěšné integrace nesoběstačných seniorů je kvalitní péče, která jim umožní uspokojovat základní životní potřeby a prožít kvalitní a nezávislý život. Dlouhodobý a zároveň ideální způsob péče o seniora představuje setrvání v domácím prostředí za podpory a péče rodiny, což posiluje vzájemné mezigenerační vztahy a brání jejich sociálnímu vyloučení (Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003 - 2007[online]).

3.2. Rodina jako poskytovatel péče

Rodina je v životě stárnoucího člověka hned vedle zdraví jednou z jeho nejvyšších hodnot, znamená pevný bod a zázemí, poskytuje seniorovi pocit jistoty, bezpečí, lásky a sounáležitosti (Haškovcová, 2010). *„…s přibývajícími křížky začne každý jedinec intenzivně prožívat především vertikální vztahy a řídnou řady jeho vrstevníků, kteří mají své problémy a také oni tíhnou k akcentaci rodinných vztahů.“* (Sýkorová, 2007, s. 159). Otázka rodinné péče a pomoci seniorům tak nabývá na významu. Sýkorová (2007) hovoří o tzv. aktivním managementu sociálních vztahů ze strany seniorů, kteří redukují svoji sociální síť a soustřeďují se na vztahy, které jim přináší oporu. Dobře fungující rodina je zárukou psychické, fyzické i hmotné pomoci v případě nesoběstačnosti jedince a tím se stává důležitým článkem v procesu obrany proti sociálnímu vyloučení (Jeřábek a kol., 2005). V případě potřeby integrace seniora se pak stává nejvýznamnějším pomocným faktorem při začleňování.

Moderní doba přináší konec vícegeneračního rodinného soužití a tím zaznamenává velký odklon od tradice rodinné sounáležitosti, důraz je kladen na výkon a individualitu jednotlivých členů rodiny, partneři pracují, generace nebydlí společně. Model pečující rodiny byl narušen a péči převzaly instituce (zdravotní a sociální služby). Primární zodpovědnost za tyto služby má stát (ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí), sekundární zodpovědnost přebírá kraj a region, který má na starosti koordinaci a organizaci služeb (Klevetová a Dlabalová, 2008).

Přes všechny tyto změny, které ovlivňují podobu péče o seniory v domácím prostředí, je způsob rodinné péče nenahraditelný i v dnešní moderní době. Podle Sýkorové (2007) je rodinné zázemí jednou z nejdůležitějších sociálních jistot člověka. Rodina má v péči o seniory nezastupitelnou úlohu a pro seniory znamená mnoho výhod. Předností rodinné péče je osobní vztah k seniorovi, který pomáhá naplnit jeho psychosociální potřeby, protože rodina kromě zdravotní a sociální péče poskytuje i emocionální podporu. Péče vychází z individuálního přístupu, dochází k zachování navyklého chování a stereotypů, je poskytována v prostředí, na které je senior zvyklý, a snižuje tak riziko dezorientace, snáze se udržuje komunikace a rodinné prostředí více motivuje seniora k samostatnosti. K případným nevýhodám rodinné péče patří časová náročnost a velké nároky, které klade na pečující rodinu.

Péče rodiny je jednou z mnoha možných forem péče o seniory. Rodina si může vybrat, zda se o seniora postará sama, využije sociální služby v domácím prostředí nebo využije možnosti kombinace profesionální a rodinné péče (Jeřábek a kol., 2005). Seniorům je třeba nabídnout prostřednictvím různých institucí a rodiny vhodnou a smysluplnou péči, která by plně respektovala potřeby stárnoucí populace, směřovala k uspokojení jejich potřeb a umožnila participovat ve veřejném životě. Pokud senior nemá rodinu nebo pokud se rodina nemůže nebo nechce postarat, je řada na profesionálních pečujících a poskytnutí profesionálních služeb sociální péče (Jarošová, 2006).

3.2.1. Podpora pečující rodiny

Sociální stát na sebe převzal některé rodinné funkce v péči o seniory, ale již nedořešil podporu rodinám, které jsou ochotné i přes vysoký věk svých blízkých o ně pečovat (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 13). A přesto převážná část seniorů žije ve svých domovech, což je podloženo mimo jiné i výzkumem D. Sýkorové (Sýkorová, 2007).

Rodina, aby mohla poskytovat dobrou péči o nesoběstačného člena, musí splňovat řadu předpokladů, ke kterým především patří:

- *moci pečovat* – mít podmínky fyzické, sociální, psychické, bytové, časové a finanční
- *chtít pečovat* – mít dobrou vůli, snažit se hledat možnosti a řešení v dané situaci za přispění všech členů rodiny
- *umět pečovat* – vědět, jak pomoci, znát rozsah poskytované pomoci

(Haškovcová, 2010).

Poskytování péče je významná sociální událost, která přináší značnou zátěž i změnu ve způsobu života jedince a rodiny. Sociální ochranu potřebuje především příjemce péče, ale zároveň i rodina a jedinec poskytující péči. Péče o blízké nesmí vést ke snížení životní úrovně a zvýšení rizika finančních problémů u pečujících. Předpokladem pro zajištění kvalitní rodinné péče je ocenění a uznání ze strany společnosti, ekonomická bezpečnost pečujících a dostatečná kapacita sociálních služeb, které pomáhají rodině s péčí o nesoběstačného seniora (Kvalita života ve stáří, 2008, s. 9 [online]).

Rodinnou péči je třeba podporovat, protože ne vždy je rodina schopna se o seniora sama postarat, zajistit prostředí pro poskytování péče a potřebné vybavení. *„Rodinu je třeba chápat jako základní prvek společnosti, který integruje všechny věkové kategorie. Proto považujeme za klíčové, aby byl vytvořen systém podpory pečujících rodin. V případě nemoci či zhoršení soběstačnosti seniora je třeba dodat rodině takové služby, které jí umožní se o seniora postarat“* (Holmerová, Jurášková, Zikmundová, 2002, s. 33).

„*Poskytování kvalitní rodinné péče je podmíněno dostupností profesionální a odborné podpory, emoční podpory a sociálních služeb,*

včetně sociální podpory. Nedostatek pomoci a sociální izolace ohrožují zdraví pečovatelů, důstojnost a kvalitu péče a zvyšuje riziko zneužívání a zanedbávání seniorů. Péče o pečovatele má významný vliv na výslednou kvalitu péče. Péče o potřeby pečujících nebude dostatečná, pokud nebude podpořena vstřícnou a oceňující atmosférou" (Kvalita života ve stáří, 2008, s. 9 [online]).

Pomoc lidem při zvládání a řešení obtížných životních situací, prevence a tvorba podmínek pro řešení sociálních problémů jsou hlavními cíli sociální práce.

3.3. Sociální práce

Matoušek popisuje sociální práci jako společenskovědní disciplínu i praktickou činnost, která se zabývá odhalováním a řešením sociálních problémů (např. chudoba, diskriminace, nezaměstnanost). Prostřednictvím sociálních pracovníků umožňuje jednotlivcům, skupinám či komunitám vytvořit příznivé podmínky pro dosažení sociálního uplatnění. V případě, kdy společenské uplatnění již není možné, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života (Matoušek, 2003, s. 213).

Podle Mezinárodní federace sociálních pracovníků je záměrem sociální práce zlepšení kvality života všech lidí tím, že pomáhá předcházet nebo zmírňovat problémy jednotlivců, skupin či komunit, vzniklých z konfliktů mezi potřebami jedinců a společenských institucí. (Metody sociální práce [online]).

3.3.1. Cíle sociální práce

Cíle sociální práce jsou velmi rozmanité, a to především v závislosti na cílové skupině klientů, ale i v závislosti na společenském, kulturním či historickém kontextu. Americká asociace sociálních pracovníků uvádí cíle sociální práce, které vymezil Zastrow, jde o vymezení obecných praktických cílů:

- podpora klienta při řešení problému, adaptaci a podpora jeho vývoje
- zprostředkování kontaktu s institucemi poskytujícími pomoc

- profesionalita a lidskost sociální práce
- rozvoj a zlepšování sociální politiky

(Matoušek a kol., 2003).

Cílem sociální práce v dnešním pojetí je odstraňování příčin a důsledků sociálního vyloučení, především společenských bariér, které vedou k omezování určitých společenských menšin, podpora sociálního fungování a pomoc při vytváření společenských podmínek příznivých pro tento cíl (Matoušek a kol., 2005).

Při vymezení cílů sociální práce se v současné době často vychází z konceptu sociálního fungování. *„Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí“* (Navrátil, 2000, s. 7). Sociální práce je z tohoto pohledu profesionální aktivita, která je zaměřená na pomoc při zlepšení nebo obnově schopnosti sociálního fungování a tvorbu podmínek, které tento cíl podporují (Matoušek a kol., 2001).

3.3.2. Sociální fungování

Pojem sociální fungování je mnohoznačný, často je používán pro označení interakcí mezi lidmi a požadavky jejich sociálního prostředí. Pro označení schopnosti řešit tyto požadavky se používá termín zvládání nebo schopnost zvládat. Sociální fungování pak znamená schopnost zvládat očekávané sociální role, uspokojovat základní potřeby a potřeby důležité pro uplatnění ve společnosti (Matoušek a kol., 2001, s. 185).

Termín sociální fungování významně rozpracovala Bartlettová a použila ho pro označení interakcí, které probíhají mezi jedinci a požadavky prostředí. Vychází ze zvládání řešení situací, jež lze označit jako sociální úkoly, životní problémy či životní situace[1]. Jednotlivci vnímají tyto úkoly jako tlaky ze sociálního prostředí a považují je za primární. Na jedné straně tak stojí lidské zvládání, na straně druhé požadavky prostředí. Aby se mohly

[1] životní situace - individuální, specifické bariéry a předpoklady, které brání danému člověku v optimálním sociálním fungování, každá životní situace je specifická

stát celkem, musí být propojeny stejnou dimenzí a tou je koncept sociální interakce (Bartlettová, 1970 in Matoušek a kol., 2001, s. 185).

Matoušek dále poukazuje na autory Navrátila a Musila, kteří uvedli koncept sociálního fungování do českého prostředí. Lidé a prostředí jsou v neustálé interakci, prostředí klade na jedince určité požadavky a ten je nucen na ně reagovat. Za běžných okolností je mezi požadavky prostředí a jedincem rovnováha, problém vzniká, pokud člověk přestane požadavky prostředí zvládat. Důvodem může být nedostatek dovedností na straně jedince nebo nepřiměřenost požadavků na straně prostředí. Důsledkem je nerovnováha a jedinec se dostává do problémové situace. Pokud není jedinec schopen sám nebo s pomocí blízkých problém vyřešit a znovu nastolit rovnováhu, je na řadě intervence sociálního pracovníka (Navrátil, Musil, 2000 in Matoušek a kol., 2001, s. 185).

3.3.3. Sociální pracovník

Z pohledu konceptu sociálního fungování je funkcí sociálního pracovníka pomáhat lidem, kteří mají problémy se sociálním fungováním a se svým sociálním prostředím. Pokud má být intervence sociálního pracovníka účinná, musí ke každému klientovi přistupovat individuálně. Reflexe životní situace klienta patří k prvnímu a důležitému kroku sociálního pracovníka. Teprve na základě důsledného zmapování a porozumění životní situaci každého jednotlivce je možné zvolit odpovídající cíle, prostředky a metody intervence, které posílí jeho schopnost zvládat požadavky prostředí a přispějí k obnově a udržení jeho sociálního fungování (Matoušek a kol., 2001).

„*Za činnost sociálního pracovníka lze považovat poznávání a ovlivňování obtížné životní situace klienta jako celku, postupné a systematické přizpůsobování postupu intervence průběhu komunikace s klientem, reakcím různých účastníků životní situace klienta a dílčím výsledkům intervence, zajišťování návaznosti činností dalších pomáhajících pracovníků – psychologů, lékařů, právníků, soudců, osobních asistentů, pečovatelů, atd.*“ (Musil, 2004, s. 56-57).

Sociální pracovník pomáhá řešit seniorům mimořádné situace způsobené sociálními či zdravotními faktory, podílí se na odstraňování sociálních důsledků těchto problémů a na posilování rovnováhy mezi seniorem a jeho sociálním prostředím (Matoušek a kol., 2005).

3.4. Sociální práce se seniory

Sociální práce je nástrojem sociální politiky a vždy by měla ve svých intervencích vycházet z aktuální situace ve společnosti, z potřeb a hodnot seniorů a zejména respektovat jejich přání. Vysoký věk seniorů není sám o sobě důvodem zvýšené potřeby péče, tuto potřebu ovlivňují především sociální a zdravotní faktory. Sociální práce by měla směřovat k nejvíce potřebným, k nejvíce ohroženým skupinám seniorů, kterým hrozí sociální vyloučení z důvodu zdravotních, psychologických nebo sociálních bariér. Sociální práce se soustřeďuje na seniory, u nichž došlo vlivem zhoršení zdravotního stavu k poklesu funkčních schopností a celkové soběstačnosti, a to především v oblasti hybnosti, smyslového vnímání a dalších kognitivních funkcí a brání jim v uspokojování každodenních potřeb. Překážky v uspokojování potřeb mohou být i psychologické a sociální a „*neschopnost v jedné oblasti může vyvolat neschopnost v jiné oblasti – rozvíjí se tzv. spirála neschopnosti. Smyslem sociální práce se seniory je pak pomoci starému člověku vyjít ven z tohoto bludného kruhu nezvládání* (Matoušek a kol., 2005, s. 163-164).

Sociální práce se staršími lidmi přináší určité problémy a kritické momenty, které s sebou nese jejich stáří:

- *spolupráce sociálního pracovníka se zdravotníky* – nelze oddělit sociální péči od zdravotní, vzájemně se prolínají, neboť zhoršení zdravotního stavu s sebou přináší potřebu sociálních služeb
- *podpora zdraví seniora* – pravidlo platí i opačně, sociální změny znamenají riziko z hlediska zdraví, pomoc s adaptací a integrací umožňuje podporu zdraví ze strany sociálního pracovníka

- *problémy seniorů s komunikací* – sociální pracovník musí umět navázat kontakt, komunikovat a rozpoznat potřeby i těch seniorů, kteří mají problémy s komunikací
- *důvěra a pocit bezpečí* – základem sociální práce se seniory je důvěra a vytvoření pocitu bezpečí
- *práce s rodinou* – sociální práce se seniorem znamená i práci s rodinou a poskytnutí pomoci pečujícím

(Matoušek a kol., 2005, s. 164).

Smyslem sociální práce se seniory je zejména pomoc poskytovaná seniorovi a jeho rodině za účelem zmírnění nebo odstranění negativních dopadů sociálních důsledků stáří, nemoci či nesoběstačnosti a začleňování seniorů zpět do společnosti. Proces sociálního začleňování seniorů by měly významně podporovat sociální služby (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

3.5. Sociální služby se seniory

„Sociální služby jsou praktické činnosti, které pomáhají lidem v obtížné životní situaci“ (Sýkorová, 2001, s. 8.). Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří právě senioři.

Specifika a priority péče a služeb pro seniory uvádí Kalvach a Onderková (2006):

- *zabezpečenost* – zajištění základních potřeb, jako je přístřeší, ošacení, najedení
- *důstojnost* – respektování osoby, soukromí a prevence před jejich nedodržením
- *autonomie* – zachování rozhodovacích kompetencí, kontroly nad svým životem, udržení soukromí
- *smysluplnost* – pomoc při hledání životní náplně, zejména při dlouhodobé péči v ústavu
- *participace* – důraz na zapojení jedince do komunity, sdílení problémů, podílení se na rozhodování
- *důvěra* – práce se vztahem a důvěrou je základ sociální práce se

starými lidmi.

Podle národního akčního plánu sociálního začleňování jsou řešením integrace seniorů komplexní sociální a zdravotní služby, diferencované na základě individuálních potřeb a momentální situace seniora. V době nárůstu počtu seniorů a zvýšení poptávky po sociální péči by měl systém sociálních služeb minimalizovat riziko sociálního vyloučení a být hlavním nástrojem integrace seniorů (Kvalita života ve stáří, 2008, s. 43-44 [online]).

V současnosti je u nás pro sociální služby hlavní právní normou zákon o sociálních službách, který poskytuje kompletní seznam zařízeních sociálních služeb a činnosti při poskytování sociálních služeb. Sociální službou dle tohoto zákona je *„činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“*. Zákon vymezuje i formy pomoci a podpory, které mají posilovat inkluzi osob v nepříznivé sociální situaci (viz příloha č. 3). Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení a vycházet z potřeb určitého jedince (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Současnými trendy v poskytování sociálních služeb seniorům je individualizace, zaměření se na konkrétní případ jednotlivce a snaha o dosažení co největší míry socializace, jejímž nejvyšším stupněm a cílem je integrace (inkluze), začlenění jedince do společnosti.

4. SVAZEK OBCÍ AZASS POLIČKA

Teoretická část bakalářské práce vymezila cílovou skupinu klientů Střediska sociální integrace Areálu zdravotních a sociálních služeb - nesoběstačné seniory ohrožené sociálním vyloučením a široce nastínila možnosti řešení jejich integrace. Široký záběr teoretické části ukázal mnohoznačnost problému integrace nesoběstačných seniorů. Z tohoto důvodu musí v praktické části práce zákonitě dojít k redukci tématu. S vědomím všech omezení, které redukce přináší, je v praktické části přistoupeno k zúžení tohoto tématu tak, aby mohla ukázat konkrétní práci s klientem v určité organizaci – Středisku sociální integrace AZASS Polička (dále jen Středisko). Integrace nesoběstačných seniorů včetně předcházení jejich sociálnímu vyloučení je jednou z činností, kterým se Středisko věnuje.

Praktická část vychází z podkladů teoretické části práce a je vypracována na základě interních dokumentů Střediska, z informačních materiálů určených pro pracovníky Střediska a širokou veřejnost, z dokumentace klientů Střediska a z informací doplněných během rozhovorů se zainteresovanými pracovníky, klienty a poskytovateli péče. Za účelem komplexního seznámení s řešením dané problematiky jsou v této části práce zařazeny kazuistiky několika klientů Střediska, které jsou vypracovány na základě dokumentace pořízené pracovníky Střediska při práci s klientem a ze získaných informací od těchto pracovníků.

Středisko sociální integrace AZASS Polička bylo zřízeno jako základna aktivit Svazku obcí AZASS, hlavní linii činnosti Střediska doplňují další služby. Svazek obcí AZASS Polička je poskytovatelem sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Služby jsou poskytovány jako služby pobytové, ambulantní i terénní:

- *pobytové služby* jsou služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb

- *ambulantní služby* jsou služby, za kterými klienti dochází do zařízení sociálních služeb
- *terénní služby* jsou služby, které jsou osobě poskytovány v přirozeném sociálním prostředí klientů.

4.1. Založení Svazku obcí AZASS Polička

Svazek obcí AZASS (Areál zdravotních a sociálních služeb) je dobrovolným svazkem obcí ve smyslu Zákona č. 128/2000 Sb., o obcích, ve znění pozdějších předpisů, jehož členy je 27 měst a obcí regionu Poličsko, je právnickou osobou, má své vlastní řídící, výkonné a kontrolní orgány, zakladatelskou smlouvu a stanovy. Předmětem činnosti svazku je poskytování sociálních a zdravotních služeb. Služby jsou poskytovány jak občanům členských obcí, tak občanům mimo tyto obce.

Svazek obcí AZASS byl založen 7. 4. 1998 k vyřešení složité situace vzniklé kolem bývalé poličské nemocnice. Toto zařízení prodělalo neúspěšný pokus o privatizaci a stálo na pokraji zániku a rozprodání majetku. Svazek obcí celý areál bývalé nemocnice postupně zrekonstruoval a zařídil k poskytování zdravotní a sociální péče pro potřeby občanů regionu. K zajištění potřebné zdravotní péče založil Svazek obcí AZASS dceřinou organizaci – Poličskou nemocnici, s.r.o. Svazek obcí je držitelem všech oprávnění, jež jsou nutná k provozování zdravotnického zařízení, a splňuje všechny požadavky personálně a materiálně technického zajištění provozu zdravotnického zařízení.

Poličská nemocnice, s.r.o. provozuje zařízení spadající do resortu zdravotní péče - léčebnu dlouhodobě nemocných. Jedná se o následnou lůžkovou péči navazující na předchozí hospitalizaci. Převážnou většinu klientů tvoří starší, dlouhodobě nemocní klienti, kteří již nevyžadují akutní hospitalizaci v odborném zdravotnickém zařízení, ale jejich zdravotní stav stále ještě neumožňuje propuštění do domácího ošetřování. V léčebně je poskytována komplexní péče, která zahrnuje složku ošetřovatelskou, rehabilitační i sociální.

V současné době je součástí areálu léčebna dlouhodobě nemocných se 120 lůžky následné péče a 15 sociálními lůžky, ambulance odborných lékařů, rentgenologické pracoviště, laboratoř, rychlá záchranná pomoc, domov důchodců s 50 lůžky a v neposlední řadě Středisko sociální integrace. Důležitou součástí areálu je i zázemí zajišťující provoz (technické zázemí, prádelna), administrativní budova a stravovací provoz. Stravovací provoz je zařízením sociální péče a je provozován Svazkem obcí AZASS, který zde zajišťuje stravovací služby pro léčebnu dlouhodobě nemocných, domov důchodců a ostatní sociální služby, zaměstnance i veřejnost.
(Stráník, 2006).

4.2. Sociální služby poskytované Svazkem obcí AZASS Polička

Po provedeném zjištění potřebnosti jednotlivých typů sociálních služeb v regionu Svazek obcí AZASS určil realizaci postupného zavádění těchto služeb. Pro každou z nich byla v koncepci sociálních služeb určena její cílová skupina, která byla vymezena na základě nepříznivé sociální situace. Jako významné pro region působnosti Svazku obcí AZASS se ukázaly být problémy snížení nebo ztráty soběstačnosti v základních životních dovednostech, snížení schopností nebo dovedností uplatňování vlastních práv a obstarávání osobních záležitostí a snížení schopností řešit vlastními silami naléhavé krize v osobním životě.

Prioritou Svazku obcí AZASS bylo a je propojení zdravotní a sociální péče v Areálu zdravotních a sociálních služeb a členských obcí Svazku obcí AZASS. Z tohoto důvodu byla již v roce 1999 zřízena sociální lůžka, která navazují na následnou lůžkovou péči léčebny dlouhodobě nemocných, dále pečovatelská služba a domov důchodců, sociální rehabilitace a sociálně aktivizační služby.
(Stráník, 2006).

Svazek obcí AZASS Polička je poskytovatelem sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. V současné době jsou poskytovány tyto konkrétní služby:

- *pečovatelské služba*

- *domov pro seniory*
- *sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče*
- *sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením*
- *sociální rehabilitace.*

4.2.1. Pečovatelská služba

Pečovatelská služba zajišťuje sociální služby dle § 40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v členských obcích Svazku obcí AZASS a v domě s pečovatelskou službou. Cílovou skupinou služby jsou částečně samostatné osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení, samoty či ztráty orientace a jejichž situace vyžaduje krátkodobou pomoc druhé osoby. Bez této pomoci by nemohly setrvat ve svém přirozeném prostředí a tuto pomoc jim nemohou zajistit rodinní příslušníci ani jiné blízké osoby. Posláním služby je zlepšit kvalitu života občanům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci spojené se samotou, stářím, nemocí, zdravotním postižením či ztrátou orientace a poskytnout jim podle jejich osobních potřeb a v souladu s jejich zájmy a představami přiměřenou podporu tak, aby mohli žít co nejdéle důstojným životem ve vlastních domácnostech. Služba je poskytována terénní formou v přirozeném sociálním prostředí klientů a za stanovenou úhradu jsou poskytovány tyto činnosti:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

(zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

4.2.2. Domovy pro seniory

V domovech pro seniory je poskytována pobytová sociální služba dle § 49 zákona o sociálních službách. Služba je poskytována za úhradu osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc, která jim nemůže být zajištěna členy jejich rodiny, pečovatelskou službou ani jinými službami sociální péče. Je určena zejména pro seniory pobírající starobní, nebo invalidní důchod a pro osoby se zdravotním postižením pobírající invalidní důchod a dosáhly věku 50 let, které vzhledem ke svému věku, nebo zdravotnímu stavu nemohou dlouhodobě zajišťovat své životní potřeby v přirozeném prostředí. Tato sociální služba je poskytována v Domově důchodců, jenž je součástí Areálu zdravotních a sociálních služeb a na jednotlivých pracovištích Střediska a obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy a ubytování
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické a aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

4.2.3. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče dle § 52 Zákona o sociálních službách – Sociální lůžka při LDN (léčebně dlouhodobě nemocných), jsou pobytová sociální služba poskytovaná Poličskou nemocnicí, s.r.o., dceřinou společností Svazku obcí AZASS. Služba je poskytována za úhradu osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci druhé osoby a nemohou být proto propuštěny ze

zdravotnického zařízení ústavní péče. Sociální služba je klientům poskytována do doby, než je jim zabezpečena pomoc blízkou nebo jinou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízení sociálních služeb. Sociální služba je poskytována v prostorách léčebny dlouhodobě nemocných a na jednotlivých pracovištích Střediska. Klientům jsou za úhradu poskytovány tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy a ubytování
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

4.2.4. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením dle § 66 zákona o sociálních službách jsou služby poskytované ambulantní formou v Areálu zdravotních a sociálních služeb Polička osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Služba je poskytována přímo ve Středisku sociální integrace a k jejím základním činnostem patří:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnost
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

4.2.5. Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace dle § 70 zákona o sociálních službách je poskytována jako ambulantní služba v Areálu zdravotních a sociálních služeb Polička a pomocí souboru specifických činností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností směřuje k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením, osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby v krizi a senioři se sníženou soběstačností zejména z důvodu věku a zdravotního stavu. K poskytování služby jsou plně využívány prostory a jednotlivá pracoviště Střediska sociální integrace a služba obsahuje tyto základní činnosti:

- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

5. STŘEDISKO SOCIÁLNÍ INTEGRACE AZASS POLIČKA

Středisko sociální integrace AZASS Polička (dále jen Středisko) bylo zřízeno jako základna aktivit Svazku obcí AZASS. Činnost Střediska navazuje na zdravotní péči léčebny dlouhodobě nemocných, která je součástí Areálu zdravotních a sociálních služeb. Většina klientů Střediska jsou klienti léčebny, která je mezistupněm mezi klasickou zdravotní hospitalizací a návratem klienta do přirozeného sociálního prostředí. Větší část klientů léčebny tvoří senioři, u nichž z důvodu věku, nemoci či zdravotního postižení došlo ke zhoršení zdravotního stavu, poklesu funkčních schopností a tím k omezení nebo ztrátě soběstačnosti. Samotní senioři považují zdraví za hlavní limitu soběstačnosti a fyzickou soběstačnost za hlavní znak osobní autonomie (Sýkorová, 2007). A právě síťové propojení kategorií *zdraví - soběstačnost - autonomie - integrace* tvoří hlavní obsah činnosti Střediska. Z tohoto důvodu se aktivity Střediska soustřeďují především na obnovení popř. alespoň zlepšení soběstačnosti klientů pomocí nácviku prvků sebeobsluhy. Zmiňované propojení klíčových kategorií v problematice sociální integrace seniorů a jejich soběstačnosti je v metodologickém postupu potřebným krokem redukce, jež tvoří přemostění mezi teoretickou a praktickou rovinou sociální práce. Tato bakalářská práce si klade za hlavní cíl ukázat jednu z konkrétních možností řešení sociálního vyloučení a následné integrace nesoběstačných seniorů v praxi - ukázat cestu „z teorie do praxe“ na reálně existujícím příkladu.

K převedení uvedeného propojení kategorií do roviny konkrétní práce s klientem bylo ve Středisku využito typického snímku běžného denního režimu klienta, který se očekává po návratu z hospitalizace v léčebně následné péče po přechodu do domácího prostředí. Tento snímek denního režimu klienta je sestaven z jednotlivých úkonů, které klient musí co nejlépe zvládat sám či za dopomoci pečující osoby. Osou, podle níž probíhá sestavování jednotlivých činností tvořících denní režim klienta, jsou aktivity každodenního, běžného života, označované jako ADL a doplněné o instrumentální, složitější činnosti označované jako IADL. Diagnóza

aktuálního stavu a nácvik aktivit tvořících tento soubor činností probíhají na jednotlivých pracovištích Střediska.

Středisko sociální integrace se skládá se ze dvou částí. První z nich se nalézá přímo v Areálu zdravotních a sociálních služeb v Poličce a tvoří ji několik základních pracovišť. Druhou částí jsou flexibilní Sítě pracovních bodů v teritoriu členských obcí Svazku AZASS, které se opírají zejména o pracoviště obecních úřadů členských obcí Svazku.

5.1. Projekt „Středisko sociální integrace“

Středisko sociální integrace AZASS Polička (dále jen Středisko) vzniklo v srpnu r. 2005 jako dvouletý projekt spolufinancovaný Evropskou unií prostřednictvím Pardubického kraje. Cíle projektu:

- pomoc skupinám osob ohrožených vyčleněním z přirozeného sociálního prostředí v teritoriu členských obcí Svazku obcí AZASS
- zajištění komunitního plánování sociálních služeb v regionu členských obcí Svazku obcí AZASS a vytvoření komunitního plánu
- zřízení a provozování Střediska sociální integrace AZASS Polička pro realizaci cílů projektu a realizaci programů, které chce Svazek obcí AZASS v budoucnu realizovat.

Tento dvouletý projekt financovaný z fondů EU zaměřený na zkvalitňování sítě sociálních služeb v Pardubickém kraji byl ukončen v červenci 2007, ale ve své činnosti pokračuje Středisko i po skončení projektu.

Základním posláním Střediska je pomoc lidem ohroženým vyčleněním z přirozeného sociálního prostředí, tedy pomoc v situaci, v níž se ocitli pro ztrátu soběstačnosti z důvodu věku, nemoci, zdravotního postižení, krizové sociální situace apod., a sami nejsou schopni dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své základní životní potřeby. Středisko nabízí spolupráci i těm, kteří o takto ohroženou osobu pečují. Ve všech aktivitách a činnostech Střediska jsou důsledně uplatňovány a respektovány zásady a principy rovných příležitostí všech osob.

Za druhý, neméně důležitý cíl, si Středisko stanovilo realizaci komunitního plánování sociálních služeb pro region Svazku obcí AZASS.

Výstupem této činnosti byl především vlastní Komunitní plán a informační publikace Průvodce občana sociálními službami.

Projekt Střediska se z územního hlediska realizoval ve dvou základních částech. První z nich je *Areál zdravotních a sociálních služeb v Poličce* s těmito základními pracovišti:

- *půjčovna kompenzačních, rehabilitačních a rekondičních pomůcek*
- *pracoviště simulace domácího prostředí*
- *pracoviště manuálních a pracovních dovedností*
- *seminární místnost*
- *kancelářské zázemí.*

Druhou základní částí je flexibilní *Síť pracovních bodů v teritoriu členských obcí Svazku obcí AZASS,* vázaná na obecní úřady členských obcí. Funkce pracovních bodů spočívá v poradenství, poskytování informací z oblasti problematiky sociální péče a programové činnosti. Formy práce užívané při činnosti v rámci pracovních bodů jsou např. poradenství, poskytování informací, cyklická expozice o projektu a činnosti Střediska, přednášky a semináře, dotazníkové akce, práce s klienty v terénu apod. Veřejnost je o činnosti Střediska a aktualitách průběžně informována prostřednictvím putovních expozic, tiskových zpráv a webových stránek. (Stráník, 2005).

5.2. Středisko sociální integrace

Středisko sociální integrace vzniklo v Areálu zdravotních a sociálních služeb Polička za účelem propojení zdravotní a sociální péče. Práce Střediska navazuje na zdravotní péči poskytovanou v léčebně dlouhodobě nemocných, která je součástí areálu. Převážnou část klientů doléčovacího zařízení tvoří senioři, kteří se v důsledku věku nebo náhlého či postupného zhoršení zdravotního stavu (viz kapitola 1.6) stali částečně, nebo úplně nesoběstačnými a nejsou schopni bez cizí pomoci zajišťovat své základní životní potřeby. Nemohou se tak vrátit do svého přirozeného sociálního prostředí, ztrácejí své sociální vazby a kontakty a jsou ohroženi sociálním vyloučením (viz kapitola 2.4, 2.5). Funkční omezení je limituje především

v sebeobsluze, ve vykonávání běžných činností každodenního života, při zajišťování domácnosti i vyřizování úředních záležitostí. Dochází ke snižování kontroly nad vlastním životem a k ohrožení osobní autonomie seniorů, která je považována za jednu z nejvyšších lidských potřeb. Pojetí autonomie seniorů chápe Středisko podobně jako samotní senioři (viz kapitola 2.2.3), tedy jako jejich fyzickou soběstačnost (viz kapitola 2.4), ovlivněnou především zdravím, a tento postoj výrazně ovlivňuje pojetí práce Střediska.

Velká část klientů se v léčebně zotaví po zdravotní stránce – v rámci možností je stabilizován jejich zdravotní stav a s pomocí cílené rehabilitace odstraněn, nebo zmírněn pohybový deficit. Ale mnozí z nich potřebují ještě následnou pomoc, kterou jim již nemůže poskytnout zdravotnické zařízení. Jedná se především o další rozvíjení a zlepšování funkčních schopností a možností, obnovení soběstačnosti[2] a sebepéče[3], posílení sociálních dovedností, pomoc při hledání smysluplné náplně volného času, při vhodné úpravě domácího prostředí, využívání zdravotních, kompenzačních a technických pomůcek a pomoc při výuce vhodných pracovních postupů, které budou minimalizovat energetickou náročnost péče o domácnost. Cílem takové péče je obnovení nezávislosti nebo minimalizování závislosti na pomoci druhých, obnova sociálních vazeb a kontaktů, návrat a setrvání v přirozeném sociálním prostředí za pomoci rodiny a dostupných sociálních služeb. A takovou pomoc a péči nabízí klientům Středisko sociální integrace.

Důležitým prvkem sociální integrace a zamezení hrozby sociálního vyloučení nesoběstačných seniorů je obnova jejich funkčních kompetencí a soběstačnosti pomocí nácviku prvků sebeobsluhy a základních dovedností v péči o vlastní osobu a domácnost. Prvním krokem k obnově soběstačnosti je její objektivní posouzení. K posuzování úrovně soběstačnosti se používají jednoduché a snadno aplikovatelné testy, které jsou základem pro stanovení

[2] obnovení soběstačnosti - míra samostatnosti popř. participace jedince při vykonávání denních aktivit (Trachtová, 2003, s. 20)
[3] sebepéče - samostatné vykonávání denních aktivit (Trachytová, 2003, s. 20)

podoby a rozsahu nácviku jednotlivých činností, výchozím bodem pro určení priorit a stanovení plánu nácviku (viz kapitola 2.2.1).

Hodnocení soběstačnosti vytvořené pro potřeby Střediska vychází ze známých testů uváděných v odborné literatuře. Hodnocení bylo vytvořeno na základě praktických znalostí pracovníků Střediska, testu základních všedních činností – ADL (Kalvach, 2004, s. 197), testu instrumentálních všedních činností – IADL (Kalvach, 2004, s. 198), testu funkční míry nezávislosti - FIM (Kalvach, 2004, s. 428) a jeho grafické podoby (Kalvach, 2004, s. 429). Pro nesoběstačné seniory není životně důležité dílčí zlepšení zdatnosti (např. rozsah pohybu, svalová síla) a zdravotního stavu, ale rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Není opomíjen ani druhý faktor podmiňující soběstačnost seniorů a tím je náročnost konkrétního domácího prostředí klienta. Proto k zachování či obnově soběstačnosti vede nejen léčení a rehabilitace, ale také ovlivňování prostředí seniora. Soběstačnost lze často obnovit nebo zachovat pouze pomocí vhodných úprav prostředí a za využití vhodných kompenzačních a zdravotních pomůcek, zvláště v případě, kdy nelze normalizovat funkční zdatnost klienta z důvodu nemoci popřípadě zdravotního postižení.

Činnost Střediska vychází z praktických zkušeností, na základě kterých jsou určeny prioritní aktivity práce s klienty. K nácviku potřebných dovedností slouží jednotlivá pracoviště Střediska, která se nacházejí přímo v Areálu zdravotních a sociálních služeb a jsou v maximální míře přizpůsobena lidem s omezenou schopností pohybu a orientace (viz příloha č. 4a až 4c). Pracoviště jsou dále využívána při poskytování navazujících sociálních služeb poskytovaných Svazkem obcí AZASS. Podrobný popis jednotlivých pracovišť Střediska je vypracován na základě interních dokumentů, rozhovorů a praktických ukázek pracovníků Střediska.

5.2.1. Pracoviště simulace domácího prostředí

Toto pracoviště (dále také jako zácvikový byt) slouží především k nácviku činností, které vedou ke zvýšení celkové samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti klienta při osobní hygieně a péči o vlastní osobu nebo při

běžných úkonech v domácnosti. Zácvikový byt se skládá z obytné místnosti, bezbariérové koupelny a bezbariérového sociálního zařízení.

Obytná místnost bytu je rozdělena na jednotlivé části – vstupní část, kuchyň, prostor k odpočinku a na část určenou k denním aktivitám. Místnost je mimo jiné vybavena bezbariérovým kuchyňským koutem, skříněmi se sklápěcími mechanismy, psacím a jídelním stolem, elektrickým polohovacím lůžkem, polohovacím křeslem pro postižené a různými kompenzačními, rehabilitačními a rekondičními pomůckami, tedy vším, co klientům umožní a usnadní samostatný, plnohodnotný život v domácím prostředí.

Ve vstupní části zácvikového bytu klienti procvičují otevírání, zavírání, odemykání a zamykání dveří, obouvání a vyzouvání obuvi, svlékání a oblékání svrchního oděvu, věšení na věšák, ukládání do skříně, nácvik obsluhy telefonu. Tato část je vybavena pomůckami pro klienty s různým omezením, které usnadňují klientům provádění jednotlivých činností (různé pomůcky k nazouvání, podavače, navlékače ponožek a punčoch, zapínače knoflíků pro klienty s jednou nepohyblivou končetinou atd.).

Kuchyně slouží k nácviku přípravy a konzumace jídla, je opět vybavena různými pomůckami (protiskluzové prkénko s hroty a držákem, nůž s alternativním úchopem, servírovací stolek, odlehčená lžíce a příbor, obruba na talíř atd.). Dále se zde nacvičuje používání různých spotřebičů, ukládání věcí, umývání a utírání nádobí, přenesení jídla, servírování, stolování.

Prostor k odpočinku je využíván k nácviku stlaní a převlékání lůžka, k nácviku použití polohovacího elektrického lůžka, stolku u lůžka a polohovacího křesla, k nácviku vstávání a uléhaní na lůžko a nácviku manipulace s klienty s omezenou pohyblivostí za využitím kompenzačních pomůcek (hrazdička, žebříček, přesouvací deska, otáčecí kolo atd.).

V prostoru místnosti určenému k denním aktivitám jsou procvičovány běžné činnosti v domácnosti, jako je přepírání, žehlení, věšení drobného prádla, a běžný úklid domácnosti s využitím různých pomůcek.

Koupelna je vybavená sprchovým koutem, vanou, umyvadlem a různými druhy kompenzačních pomůcek, které pomáhají klientovi nebo pečující rodině při zajišťování kompletní osobní hygieny od lehce nesoběstačných klientů až po klienty zcela bezmocné (madla, sprchová stolička, sprchové křeslo, sedačka na vanu, zvedák do vany, zvedák s ramenem a závěsnou sedačkou, drobné pomůcky pro svlékání a oblékaní oděvů, nástavce hřebenů, kartáčku na zuby atd.). Probíhá zde i nácvik samostatnosti při celkové koupeli (přesedání a vstávání ze sprchového sedadla nebo sedačky do vany, ovládání termostatické baterie atd.).

Sociální zařízení je vybavené toaletou s madly a slouží k nácviku sebeobsluhy na toaletě.

Klienti si v zácvikovém bytě za pomoci pracovníků Střediska vše vyzkouší a postupným osvojením činností obnovují svou samostatnost. V případě zájmu provedou pracovníci praktickou ukázku i rodinným příslušníkům, kteří také mají možnost si vše vyzkoušet. Klienti, ale i jejich blízcí se zde naučí, že s pomocí vhodných pomůcek a drobných úprav v bytě se lze odpoutat od závislosti na druhých a s minimální dopomocí rodiny či profesionálních sociálních služeb žít plnohodnotný život.

Na tomto pracovišti se dále vytvářejí návrhy úprav prostředí, do kterého se bude klient vracet, a do jisté míry se zde i prakticky zkouší uspořádání základních prvků vybavení domácnosti v závislosti na indispozicích a individuálních potřebách a přáních klienta. Tyto návrhy úprav domácího prostředí se často dělají ve spolupráci s rodinnými příslušníky či blízkými, kteří se v budoucnu budou podílet na péči o klienta a zajišťují potřebné úpravy ve stávajícím domácím prostředí. V případě zájmu klienta či jeho rodiny, zmapují pracovníci Střediska situaci přímo v terénu, v bytě klienta a doporučí potřebné úpravy a pomůcky přímo „na míru“.

Součástí zácvikového bytu jsou také vybudované prostory, které slouží pro nácvik lokomocí na rovině, nakloněné rovině, na schodišti a rovněž ve výtahu.

5.2.2. Pracoviště manuálních a pracovních dovedností

Klienti mají na tomto pracovišti možnost nácviku různých ručních prací a prací v dílně pod dohledem a vedením pracovníků Střediska sociální integrace. Konají se zde pravidelné skupinové činnosti s klienty (ruční práce, práce v dílně, společenské hry, cvičení paměti, výroba drobných dárků, šperků, obrázků, svíček, pletení z proutí, malování, batikování, práce s keramikou, plastelínou či moduritem, psaní na stroji, počítači, obsluha počítače, práce s internetem, možnost hry na hudební nástroje – klavír, kytara, flétna). Místnost je vybavena pomůckami pro rozvoj jemné motoriky a součástí pracoviště je i plně vybavená bezbariérová dílna.

5.2.3. Půjčovna kompenzačních, rehabilitačních a rekondičních pomůcek

Nedílnou součástí Střediska je i půjčovna, která se nachází přímo v areálu AZASS Polička. Klienti nebo jejich blízcí mají možnost konzultace s pracovníkem půjčovny, mohou využít možnosti poradenství, vyzkoušení různých pomůcek, zacvičení v používání a následné pronajmutí příslušných pomůcek dle své potřeby, zdravotního postižení a možností půjčovny. Prvních pět let od vzniku půjčovny byly pomůcky půjčovány bezplatně na základě smlouvy o výpůjčce. V současné době je možný půlroční pronájem na základě smlouvy o pronájmu. V případě potřeby lze smlouvu prodloužit a pomůcky dále pronajmout za stanovený denní poplatek.

5.3. Popis činnosti Střediska sociální integrace

Podrobný popis činnosti Střediska je výsledkem rozhovorů s jednotlivými pracovníky, které byly doplněny o informace uvedené v interních dokumentech a o praktické zkušenosti získané při konkrétní práci s klienty.

Předpokladem zařazení klienta do Střediska sociální integrace je uzavření smlouvy. Klientovi a jeho rodině jsou nabídnuty možnosti pomoci, které jsou po domluvě klienta, rodiny a pracovníka Střediska zahrnuty do individuálního plánu. Plán je nedílnou součástí smlouvy a jeho obsahem je

soupis navrhnutých konkrétních činností. Jedná se zejména o zhodnocení soběstačnosti v oblasti sebepéče, orientační zhodnocení schopností komunikace a mentálních schopností, zhodnocení schopností sociálních interakcí a péče o domácnost (viz příloha č. 5), návrh konkrétního způsobu individuálního nácviku soběstačnosti klienta, poradenství a pomoc v oblasti sociálních dávek a sociálních služeb v regionu a pomoc při jejich zajištění, poradenství při výběru zdravotních a kompenzačních pomůcek (výběr, zacvičení, vypůjčení či pomoc při zajištění vlastní pomůcky) a v případě zájmu klienta návštěva domácího prostředí a doporučení vhodných úprav.

Úspěch pracovníků Střediska je založen na týmové práci. Pracovníci se schází na pravidelných koordinačních schůzkách, na nichž dochází k vyhodnocování práce Střediska, výměně zkušeností, plánování dalších postupů a nových metod péče. Nápomocen je klientům i lékař a rehabilitační pracovník, kteří zhodnotí zdravotní a funkční stav jedince a doporučí vhodné postupy rehabilitace, ergoterapie a navrhnou potřebné kompenzační pomůcky. Na základě jejich práce a úvodního zhodnocení soběstačnosti stanoví pracovníci Střediska reálné cíle, prostředky a individuální postup péče, který zohledňuje zdravotní stav klienta a jeho možnosti a začnou s nácvikem dovedností.

Dalším krokem práce s klientem Střediska je založení podrobné dokumentace. Součástí dokumentace je celkové shrnutí, které stručně definuje okolnosti, důvody a průběh vzniku omezení soběstačnosti klienta, jeho sociální vazby, problémové oblasti, předchozí péči o klienta a její dosavadní výsledky. Shrnutí vychází z počátečního seznámení s klientem, zdravotního záznamu a zhodnocení pohybového systému. Velmi důležitou součástí dokumentace klienta je sociální profil (viz příloha č. 6), který je sestaven na základě získaných informací od klienta a jeho nejbližších příbuzných. Podává přehled o současných sociálních vazbách klienta, jeho zájmech, důležitých vztazích a momentech osobní historie, přibližuje průběh běžného dne klienta a jeho obvyklých aktivit před zhoršením soběstačnosti, mapuje jeho sociální zázemí i domácí prostředí, do kterého se bude klient vracet. Dokumentace dále obsahuje úvodní shrnutí poznatků

(viz příloha č. 7), které vychází z počátečního hodnocení soběstačnosti a umožňuje pracovníkům Střediska popis, definování problému a následné stanovení cíle a prostředků k nápravě. Jedná se především o zjištění schopností péče o zevnějšek a hygienu, příprava a konzumace jídla, oblékání a obouvání, lokomoce a přesuny, kontinence a vyprazdňování, péče o domácnost, psychika, komunikace a sociální kontakty. Všechny tyto informace jsou cenným zdrojem pro plánování jednotlivých činností. Na základě těchto informací pracovníci Střediska vyhotoví s klientem konkrétní plán aktivit a jejich priorit a společně s klientem a jeho rodinou stanoví reálný cíl péče. Hlavním cílem práce je opětovné obnovení, nebo alespoň zlepšení jeho funkčního potencionálu a celkové soběstačnosti.

Souběžně s poskytováním péče pořizují pracovníci Střediska podrobné záznamy o uskutečňovaných aktivitách klienta a průběžně tak doplňují dokumentaci péče. Záznam aktivit obsahuje podrobný popis činnosti s klientem - pracovník, datum, čas, prováděná činnost, důležité postřehy, poskytnuté informace. Současně s nácvikem dovedností péče o vlastní osobu a domácnost probíhá denní fyzioterapeutická a ergoterapeutická péče o klienta, průběžně se aktualizuje plán aktivit, jsou uskutečňovány informační schůzky s rodinou, návštěvy domácího prostředí klienta a zpracování návrhu úprav prostředí, do kterého se klient bude vracet. Před ukončením péče je s klientem a jeho rodinou zhodnocen průběh péče a stupeň dosažení soběstačnosti, vypracován plán zajištění péče o klienta v jeho domácím prostředí s využitím dostupných poskytovatelů sociálních služeb a sociálních dávek. Vše je opět zaznamenáno do dokumentace.

V dokumentaci jsou také zaznamenávány všechny uskutečněné informační schůzky s rodinou, návštěvy domácího prostředí, záznamy úvodního, průběžných a závěrečného hodnocení soběstačnosti klienta (viz příloha č. 5), grafické znázornění (viz příloha č. 8) i slovní hodnocení. Závěrečné slovní zhodnocení (viz příloha č. 9) vyhodnocuje úspěšnost dosažené úrovně soběstačnosti, zhodnotí činnosti, které je klient schopen zvládat sám a u kterých bude potřebovat dohled nebo pomoc, a navrhuje výstupní potřebu sociální intervence. V hodnocení jsou z důvodu získávání

zkušeností a informovanosti pracovníků Střediska uvedeny všechny faktory, které podporovaly nebo naopak znesnadňovaly práci s klientem, a pracovníci uvedou i své postřehy, které mohou uplatnit při práci s dalšími klienty.

5.4. Kazuistiky

Kazuistiky jako popis a výklad konkrétních případů přispívají k seznámení s danou problematikou, slouží jako zdroj důležitých informací a námětů a mají význam při zhodnocení celkového přínosu a možných rizik. Ke kompletnímu seznámení s činností Střediska jistě přispějí i kazuistiky náhodně vybraných klientů Střediska. Stručné představení práce s klientem a grafické znázornění vstupního a výstupního hodnocení soběstačnosti klienta nejlépe ilustruje práci Střediska a význam trpělivého nácviku jednotlivých prvků sebeobsluhy. Kazuistiky jsou zpracovány na základě interních dokumentů Střediska, konkrétně osobních spisů jednotlivých klientů, a doplněny informacemi získanými rozhovory s pracovníky.

5.4.1. Kazuistika č. 1

U 75-leté klientky došlo k výraznému zhoršení soběstačnosti v důsledku závažné operace a nízké psychické odolnosti. Po operaci došlo k poruše hybnosti a sebeobsluhy. Do té doby zcela soběstačná klientka přestala chodit, zvládat veškeré prvky soběstačnosti a stala se zcela pasivní a plně závislou na pomoci druhých. Při hospitalizaci v léčebně dlouhodobě nemocných (cca 5 měsíců) se její stav zlepšil z úplné závislosti na úroveň střední závislosti.

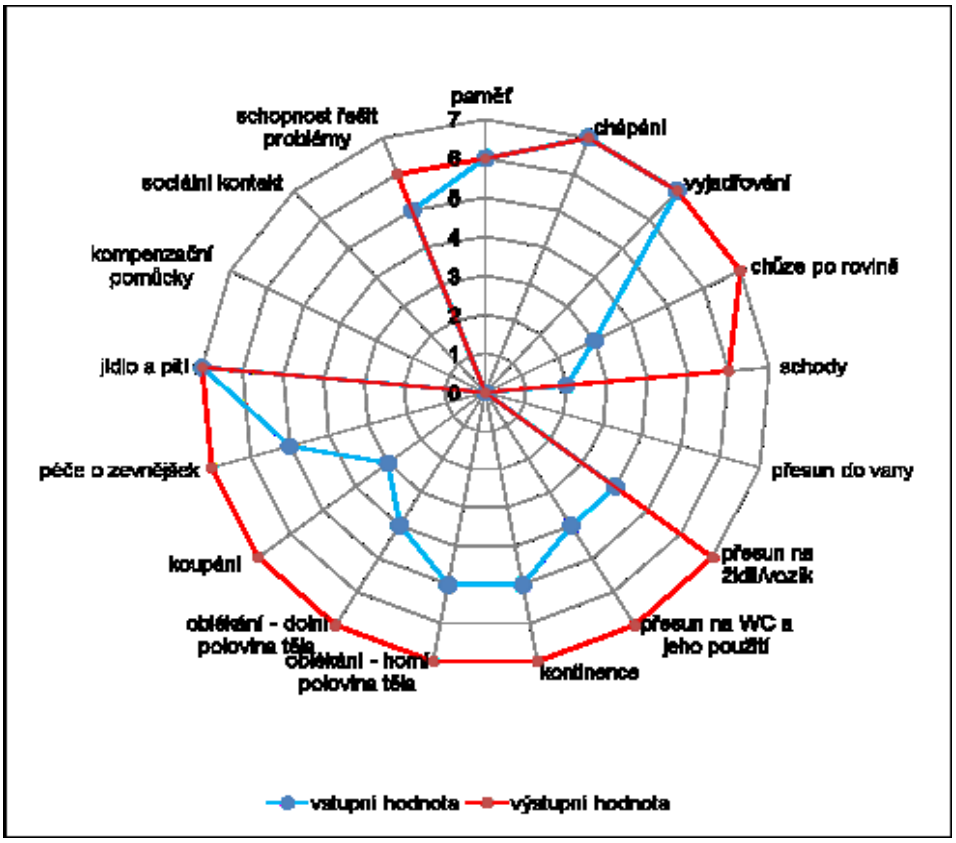
Klientka byla na doporučení lékaře a po domluvě s rodinou zařazena do projektu Střediska sociální integrace. Po zvolení individuálního programu s velkou mírou podpory pečující rodiny a vypozorování vhodného psychologického přístupu došlo k rychlému a velmi výraznému zlepšení samostatnosti s možností návratu klientky do domácího prostředí. Velkým přínosem bylo doporučení vhodného přístupu ke klientce pečující rodině. Vhodný psychologický přístup dokázal klientku vhodně motivovat, umožnil

jí vystoupit z pasivní role a stát se aktivním příjemcem péče. Po dostatečné motivaci se klientka stala plně spolupracující, s možností motivace k dalším činnostem.

Během 45 dní intenzivní péče s klientkou a její rodinou (nácvik prvků sebeobsluhy, lokomoce, péče o domácnost, fyzioterapie, ergoterapie) bylo dosaženo úplné soběstačnosti v péči o zevnějšek a hygienu, v používání toalety, v konzumaci a servírování jídla, oblékání a obouvání, při chůzi po rovině a při všech přesunech v rámci domácnosti, při zajištění drobného úklidu domácnosti a přivolání pomoci telefonem. Dohled a dopomoc bylo potřeba zajistit jen při přípravě jídla, větším úklidu domácnosti a při chůzi do schodů, což bylo zajištěno pomocí rodiny, pečovatelské služby a vhodných pomůcek (nazouvací lžíce, francouzské hole). Počáteční špatný psychický stav, který se zdál být hlavní překážkou, se podařilo překonat individuálním přístupem, zcela odlišným od běžného přístupu k většině jejich vrstevníků. Ke kladnému výsledku přispěla výborná spolupráce s rodinou, která se zapojila do nácviku soběstačnosti, provedla navržené úpravy bytu, rozdělila si mezi sebe potřebnou dopomoc a dohled a zajistila donášku obědů a současně i kontrolu u pečovatelské služby. Z klientky, které hrozilo riziko nutnosti umístění do sociálního zařízení se stálou přítomností ošetřujícího personálu, se stala klientka, která potřebovala pouze dohled při chůzi do schodů, donášku obědů a zajištění velkého úklidu domácnosti. Klientka byla integrována zpět do svého přirozeného sociálního prostředí a byla tak zcela eliminována hrozba sociálního vyloučení.

Hodnocení soběstačnosti

No	**Hodnocení soběstačnosti**	vstupní hodnota	výstupní hodnota
	Klient		
1	paměť	6	6
2	chápání	7	7
3	vyjadřování	7	7
4	chůze po rovině	3	7
5	schody	2	6
6	přesun do vany	0	0
7	přesun na židli/vozík	4	7
8	přesun na WC a jeho použití	4	7
9	kontinence	5	7
10	oblékání - horní polovina těla	5	7
11	oblékání - dolní polovina těla	4	7
12	koupání	3	7
13	péče o zevnějšek	5	7
14	jídlo a pití	7	7
15	kompenzační pomůcky	0	0
16	sociální kontakt	0	0
17	schopnost řešit problémy	5	6



5.4.2. Kazuistika č. 2

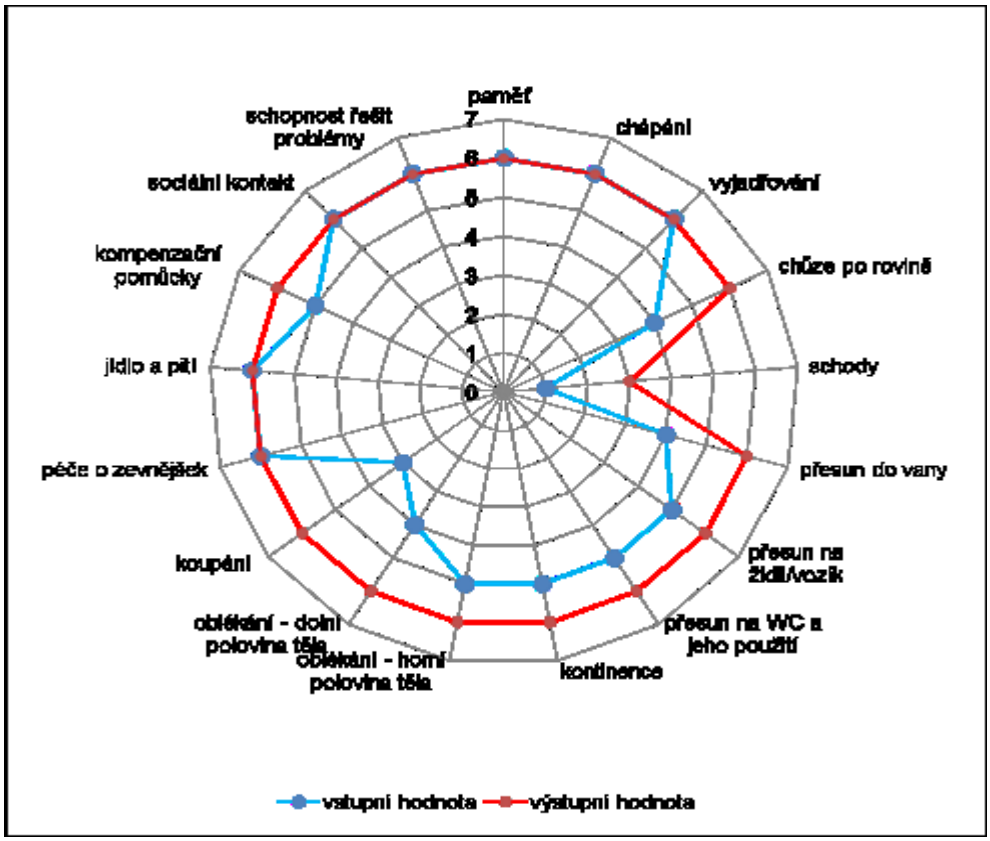
62-letý klient byl do náhlého zhoršení zdravotního stavu zcela soběstačný, žil sám v rodinném domku, o který se zvládal starat. Bydlel v blízkosti své sestřenice, která mu vypomáhala s domácností a vařením. Ke zhoršení soběstačnosti klienta došlo náhle po amputaci pravé dolní končetiny, kdy během pobytu v nemocnici neprobíhala žádná rehabilitace. Cílená rehabilitace započala až po přeložení do léčebny dlouhodobě nemocných a zařazení do Střediska sociální integrace.

Počáteční fáze péče byla zaměřena na nácvik soběstačnosti (hygiena a oblékání) a péče o domácnost. Hlavním těžištěm byl nácvik lokomoce – chůze s protézou, přesuny na vozíku. Dalším důležitým bodem bylo zmapování domácího prostředí, které se ukázalo být zcela nevhodné a ohrožující zdravotní stav klienta (nepřístupný terén, vstup do bytu přes kamenitý dvorek, vlhké místnosti vytápěné kamny na tuhá paliva, suchá toaleta na zahradě, bez koupelny a vodovodu – viz příloha č. 10). V takovém domácím prostředí by byl klient ohrožen sociální izolací. Po získání podrobné sociální anamnézy bylo zahájeno jednání s nejbližšími příbuznými (rodina klientovy sestřenice, se kterou měl vřelý vztah), byly doporučeny potřebné úpravy domácího prostředí a poskytnuta pomoc při získání sociálních dávek. Během poskytování péče klientovi ve Středisku sociální integrace zajistili příbuzní doporučené úpravy domácího prostředí klienta (přístupová cesta, bezbariérová úprava domu, sociální zařízení, koupelna, vybavení domácnosti spotřebiči, zařízená kuchyň, vytápění přímotopy, vnitřní vodovod – viz příloha č. 11), zajistili pomoc v domácnosti a s přípravou jídla, domluvili pečovatelskou a zdravotní pomoc a s přispěním pracovníků Střediska vyřídili klientovi potřebné sociální dávky a příspěvky.

Velkým přínosem při práci s klientem byl jeho pozitivní přístup, snaha při nácviku sebeobsluhy a aktivní spolupráce rodiny. Během cca 3 měsíců se podařilo dosáhnout maximální možné soběstačnosti klienta, upravit domácí prostředí a klientovi tak umožnit návrat do tohoto prostředí, aniž by došlo k zpřetrhání sociálních vazeb a kontaktů.

Hodnocení soběstačnosti

No	**Hodnocení soběstačnosti**	vstupní hodnota	výstupní hodnota
	Klient		
1	paměť	6	6
2	chápání	6	6
3	vyjadřování	6	6
4	chůze po rovině	4	6
5	schody	1	3
6	přesun do vany	4	6
7	přesun na židli/vozík	5	6
8	přesun na WC a jeho použití	5	6
9	kontinence	5	6
10	oblékání - horní polovina těla	5	6
11	oblékání - dolní polovina těla	4	6
12	koupání	3	6
13	péče o zevnějšek	6	6
14	jídlo a pití	6	6
15	kompenzační pomůcky	5	6
16	sociální kontakt	6	6
17	schopnost řešit problémy	6	6



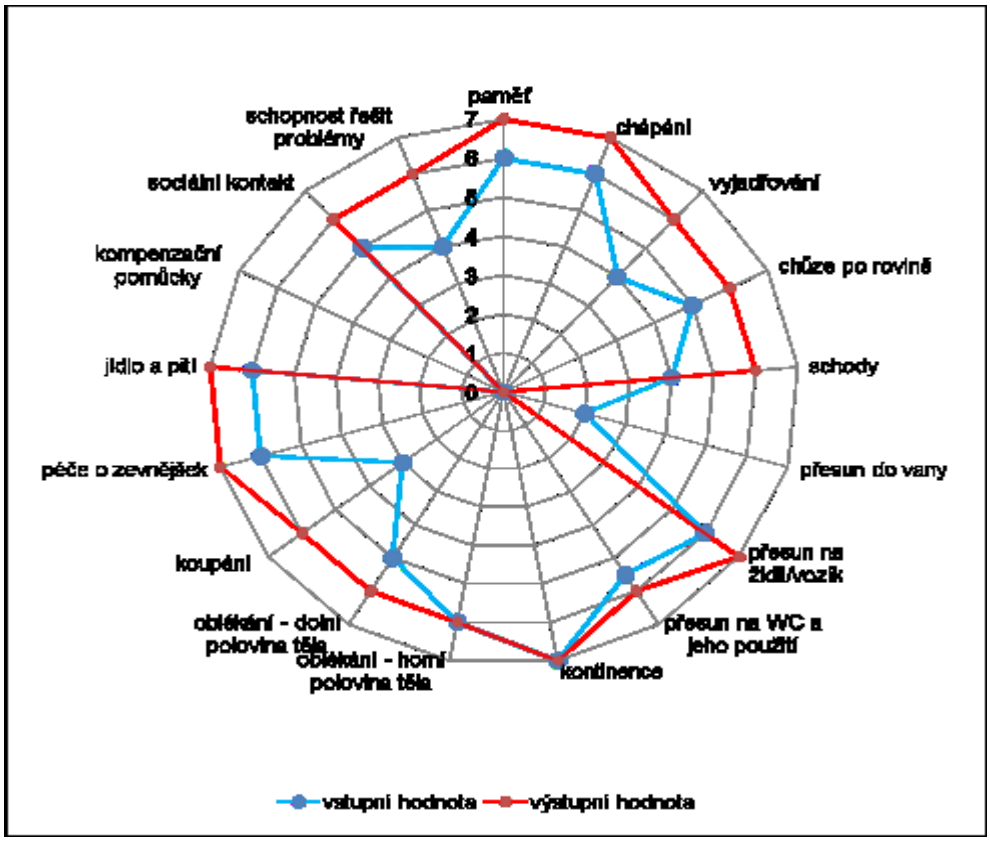
5.4.3. Kazuistika č. 3

U 76-leté klientky došlo ke zhoršení celkové mobility a soběstačnosti po somatickém onemocnění komplikovaném psychickými problémy. Z důvodu zdravotních problémů a zhoršené soběstačnosti byla klientka umístěna do léčebny dlouhodobě nemocných. Před tímto umístěním klientka bydlela sama, v sousedství své dcery, která jí vypomáhala s vařením, úklidem a při osobní hygieně.

Do projektu Střediska byla klientka zařazena po cca 3 měsíčním pobytu v léčebně dlouhodobě nemocných. Soustavnou péčí s kvalitní psychickou podporou, stimulací motoriky, s výraznou podporou rodiny a se zajištěním určité míry sociální jistoty došlo postupně až k nečekanému zlepšení celkového stavu. Velkou úlohu sehrála stimulace pohybového systému, kterou měli na starosti rehabilitační pracovníci v léčebně a rodina, jež byla zaučena v konkrétních úkonech (nacvičování chůze s chodítkem, s dopomocí francouzských holí, posilování končetin). Klientka se stala soběstačnou v oblasti konzumace, servírování a přípravě jednoduchého jídla, v oblasti osobní hygieny, oblékání i obouvání, lokomoce po rovině, kontinence a v jednoduché péči o domácnost. Dopomoci potřebovala klientka pouze při celkové hygieně, při přípravě jídla a sociální interakci mimo domov. Po domluvě s klientkou a její rodinou byly na základě návštěvy domácího prostředí provedeny i návrhy úprav tohoto prostředí. Klientka byla zapojena do plánování vlastní budoucnosti. Prioritou péče byla motivace k činnostem vyplňujícím volný čas a zajišťující drobné úkony v domácnosti, neboť v tomto případě byl zdravotní stav a s ním související obnova soběstačnosti vázána na psychickou pohodu a sociální jistoty (návrat do domácího prostředí). Během péče došlo k posílení rodinných vazeb, rodina se domluvila na poskytování pomoci, rovnoměrně si rozdělila péči a nutnost kontroly po dobu nepřítomnosti rodiny zajistila pečovatelská služba. Po cca 3,5 měsíční zařazení do projektu Střediska se podařilo oproti původně zvažovanému pobytu v domově důchodců docílit návratu do domácího prostředí.

Hodnocení soběstačnosti

No	Hodnocení soběstačnosti	vstupní hodnota	výstupní hodnota
	Klient		
1	paměť	6	7
2	chápání	6	7
3	vyjadřování	4	6
4	chůze po rovině	5	6
5	schody	4	6
6	přesun do vany	2	0
7	přesun na židli/vozík	6	7
8	přesun na WC a jeho použití	5,5	6
9	kontinence	7	7
10	oblékání - horní polovina těla	6	6
11	oblékání - dolní polovina těla	5	6
12	koupání	3	6
13	péče o zevnějšek	6	7
14	jídlo a pití	6	7
15	kompenzační pomůcky	0	0
16	sociální kontakt	5	6
17	schopnost řešit problémy	4	6



ZÁVĚR

Vyspělost společnosti lze mimo jiné hodnotit i podle péče o seniory. Naše země má ještě rezervy v přístupu k postavení seniorů ve společnosti, v poskytování kvalitní zdravotní a sociální péče starým spoluobčanům a máme jistý dluh i v jejich začleňování do běžného života. V posledních letech se mnohé změnilo k lepšímu, přesto stále platí, že naši starší spoluobčané mají život podstatně složitější, než ostatní.

Současné demografické změny jsou výzvou pro celé spektrum služeb poskytovaným seniorům, neboť společnost stárne a senioři potřebují kvalitní služby stejně jako jiné skupiny občanů. Zvláštní péči je pak třeba věnovat seniorům, u kterých došlo vlivem věku, nemoci, zdravotního omezení či jiné životní situace ke ztrátě nebo omezení soběstačnosti a následkem toho k hrozbě sociálního vyloučení. Tito senioři potřebují především ucelené zdravotní a sociální služby, které na sebe navazují a poskytují jim celé spektrum pomoci tak, aby mohli co nejdéle žít v přirozeném sociálním prostředí co nejkvalitnějším způsobem života. Zdravotní a sociální péče pro tuto významnou a stále rostoucí skupinu občanů se v současné době zkvalitňují a rozvíjejí, ale většinou samostatně a neprovázaně, což je příčinou oddalování vytyčených cílů a omezení celkové kvality služeb. Zdravotní, sociální a další služby by měly být pokud možno integrovány a poskytovány jedním poskytovatelem na jednom místě.

Poskytování takové dlouhodobé integrované zdravotní a sociální péče pro starší populaci není u nás věnována potřebná pozornost a proto cílem této bakalářská práce bylo ukázat jednu z možností řešení a umožnit tak získání informací zájemcům z řad laické i odborné veřejnosti, kteří se touto problematikou zabývají. Z obsáhlého tématu problémů seniorů se práce soustřeďuje na specifickou skupinu těchto osob, na nesoběstačné seniory ohrožené sociálním vyloučením, analyzuje a na konkrétním a zajímavém příkladu z praxe ukazuje jednu z možností uchopení a řešení tohoto velmi diskutovaného problému současnosti.

Rozhovory s klienty, rodinnými příslušníky a pracovníky Střediska vnesly do problému další důležité postřehy a myšlenky. Především je třeba si uvědomit, že se jedná o velmi psychicky a časově náročnou práci s velkým rizikem neúspěchu. Klienta a jeho rodinu je třeba zpočátku vhodně motivovat, ale i přesto může během činnosti dojít k přerušení nebo ukončení spolupráce z důvodu limitovaných možností klienta, kdy nejsou patrny výsledky práce, z důvodu ztráty motivace zainteresovaných účastníků, zhoršení zdravotního stavu a není ojedinělé ani úmrtí klienta. Další aspekt, který tuto práci velmi ovlivňuje a na který by zúčastnění neměli zapomínat, je i častá krátkodobost opatření. Pro některé klienty Střediska znamená obnovení soběstačnosti možnost důstojného a kvalitního života na poměrně dlouhou dobu, pro jiné je to pouze krátkodobá možnost. Ale všichni zúčastnění se shodli v názoru, že i krátkodobá pomoc má v životě seniorů velký význam. Prvním krokem k úspěchu je domluva před začátkem spolupráce mezi pracovníky Střediska, klienty a rodinnými příslušníky na reálných cílech, dále je třeba mít na paměti možnost případného neúspěchu a neočekávat od této spolupráce zázraky. V takovém případě pak nedochází ke ztrátě motivace žádného z účastníků a to je základem pozitivního výsledku. Cílem práce Střediska sociální integrace je snaha o udržení maximální soběstačnosti klienta a tím mu umožnit prožít spokojeně a důstojně své stáří. A každá pomoc, která starému člověku zkvalitní třeba jen krátký časový úsek jeho života, je velmi důležitá. I život seniora má svou hodnotu a jako s takovým je třeba s ním zacházet!

ANOTACE

Příjmení a jméno autora:	Prušková Alena
Název katedry a fakulty:	Filozofická fakulta Univerzity Palackého Olomouc, Katedra sociologie a andragogiky
Název diplomové práce:	Sociální integrace nesoběstačných seniorů
Počet znaků vlastní práce:	102 635
Počet příloh:	11
Počet titulů použité literatury:	41
Klíčová slova:	integrace, nesoběstačnost, senior, sociální vyloučení stárnutí, stáří

Bakalářská práce je zaměřena na možnosti řešení integrace nesoběstačných seniorů. První část práce se teoreticky zabývá problematikou stáří a stárnutí, problematikou nesoběstačných seniorů a jejich sociální integrací. Druhá část práce je případovou studií Střediska sociální integrace AZASS Polička. Popisuje Středisko, jeho činnosti i ostatní zdravotní a sociální služby poskytované v areálu AZASS. Práce prezentuje jednu z možností řešení integrace nesoběstačných seniorů v praxi a v závěru poukazuje na důležitost provázanosti zdravotních a sociálních služeb, které jsou poskytovány seniorům.

Key words: integration, self-insufficiency, senior, social exclusion, aging process, old age

The bachelor thesis focuses on the possibilities of solution of integration of self-insufficient seniors. Firstly, it aims at the tasks of old age and aging process and social integration of self-insufficient seniors. Secondly, it presents a case study of the Centre of Social Integration AZASS Polička. The thesis deals with the activities of the Centre and other health and social services provided in the area of AZASS. It also presents one of the possibilities of the integration mentioned above in practice and in conclusion, it points out the significance of the interconnection of health and social services, rendered seniors.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

ALAN, J. *Etapy života očima sociologie*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 440 s. ISBN 80-7038-044-6.

DRAPELA, V. *Přehled teorií osobnosti*. 1. vydání. Praha: Portál, 1997. 175 s. ISBN 80-7178-251-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří.* 2. přepracované vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 368 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* 1. vydání. Praha: GEMA, 2002. 110 s.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* 2. doplněné vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s. ISBN 80-86541-12-6.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory.* 1. vydání. Ostrava: Repronis, 2006. 110 s. ISBN 80-7368-110-2.

JESENSKÝ, J. a kol. *Kontrapunkty integrace zdravotně postižených*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1995. 175 s. ISBN 80-7184-030-0.

JEŘÁBEK, H. a kol. *Rodinná péče o staré lidi.* 1. vydání. Praha: CESES FSV UK, 2005. 99 s. ISSN 1801-1640.

KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 8072624555.

KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kol. *Geriatrie a gerontologie.* 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, D. DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

MAREŠ, P. *Faktory sociálního vyloučení*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. 41 s. ISBN 80-87007-15-8.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce.* 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 286 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi.* 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce.* 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.

MUSIL, L. 2004. *Standardy kvality a sociální práce v sociálních službách. Sociální práce/Sociálna práca*, *č. 1.* Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2004.

MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

NAVRÁTIL, P. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. 1. vydání. Brno: Marek Zeman, 2000. 67 s.

PACOVSKÝ, V. *Geriatrická diagnostika*. 1. vydání. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1994. 152 s. ISBN 80-5526-32-8.

PACOVSKÝ, V. *O stárnutí a stáří.* 1. vydání. Praha: Avicenum, 1990. 135 s. ISBN 80-201-8076-8.

PACOVSKÝ, V. *Proti věku není léku?*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 124 s. ISBN 80-7184-486-1.

PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi.* 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3.

RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 86 s. ISBN 80-7169-828-8.

SÝKOROVÁ, J. *Kvalita sociálních služeb v domovech pro občany se zdravotním postižením*: metodika hodnocení. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2001. 79 s. ISBN 80-86552-03-9.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří.* 1. vydání. Praha: Sociální nakladatelství, 2007. 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5

TOPINKOVÁ, E. *Geriatrie pro praxi.* 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-356-6.

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatrie pro praktického lékaře.* 1. vydání. Praha: Grada, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6.

TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu.* 2. vydání - dotisk. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotních oborů, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří.* 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 528 s. ISBN 80-7178-308-0.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZAVÁZALOVÁ, H. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.

Ostatní dokumenty

Rada Evropské unie. *Joint Report by the Commission and the Council on social inclusion.* Brusel: Evropská unie, 2004. 249 s. ISBN 92-894-7989-2 in RAKOCZYOVÁ, M. *Začleňování na pracovní trh jako součást procesu sociálního začleňování v ČR.* 2006. 170 s. Disertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Prof. PhDr. Tomáš Sirovátka, CSc.

Elektronické zdroje

Kvalita života ve stáří - Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012 [online]. 1. vydání. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008 [cit. 2011-01-10]. 60 s. Dostupné z: <www.mpsv.cz/cs/5045>. ISBN 978-80-86878-65-2.

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2003-2007 [cit. 2011-01-10]. Dostupné z: <www.mpsv.cz/cs/2869>

VÁLKOVÁ, M., KOJESOVÁ. M., HOLMEROVÁ. I. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* [online]. 1. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010

[cit. 2011-01-15]. 83 s. Dostupné z <www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodoba_pece_CR.pdf>. ISBN 978-80-7421-021-1.

Metody sociální práce [online]. [cit. 2011-01-16]. Dostupné z: <www.voss.wz.cz/msp.doc>.

DVOŘÁČKOVÁ, D., *Sociální vyloučení seniorů* [online]. [cit. 2011-03-03]. Dostupné z <www.senio.cz/archive.php?w=art&id=2497&rub=50&s>

Právní předpisy

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Interní dokumenty Svazku obcí AZASS

STRÁNÍK, L. *Studie proveditelnosti* – Středisko sociální integrace AZASS Polička. 2005

STRÁNÍK, L. *Koncept sociálních služeb poskytovaných Svazkem obcí AZASS*. 2006

Spisová dokumentace klientů

Příloha č. 1 – Test ADL

Barthelův test základních všedních činností
(ADL – Activities of Daily Living)

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	**Příjem potravy a tekutin**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2.	**Oblékání**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3.	**Koupání**	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4.	**Osobní hygiena**	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5.	**Kontinence moči**	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6.	**Kontinence stolice**	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7.	**Použití WC**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8.	**Přesun lůžko – židle**	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9.	**Chůze po rovině**	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10.	**Chůze po schodech**	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
Celkem			

Hodnocení stupně závislosti:

ADL 4	0 – 40 bodů	**vysoce závislý**
ADL 3	45 – 60 bodů	**závislost středního stupně**
ADL 2	65 – 95 bodů	**lehká závislost**
ADL 1	96 – 100 bodů	**nezávislý**

Příloha č. 2 – Test IADL

Test instrumentálních denních činností – IADL
(Instrumental aktivity daily living)

Činnost	Zvládnutí činností	Body
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí ho	**10**
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	**5**
	Nedokáže používat telefon	**0**
Transport	Cestuje samostatně dopravným prostředkem	**10**
	Cestuje s doprovodem jiné osoby	**5**
	Cestuje v speciálně upraveném dopravním prostředku	**0**
Nakupování	Je schopný si samostatně nakoupit	**10**
	Nakoupí s doprovodem nebo radou jiné osoby	**5**
	Neschopný bez podstatné pomoci	**0**
Vaření	Uvaří samostatně celé jídlo	**10**
	Jídlo si ohřeje	**5**
	Jídlo musí připravit jiná osoba	**0**
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	**10**
	Vykoná lehčí práci nebo neudrží přiměřenou čistotu	**5**
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo nedělá žádné práce v domácnosti	**0**
Práce kolem domu	Vykonává samostatně a pravidelně	**10**
	Vykonává pod dohledem	**5**
	Vyžaduje pomoc, práci nevykoná	**0**
Užívání léků	Samostatně bere v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	**10**
	Užívá léky, když jsou připravené a připomenuté	**5**
	Léky musí podávat jiná osoba	**0**
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, pozná příjmy a výdaje	**10**
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	**5**
	Neschopný bez pomoci nakládat s penězi	**0**

Vyhodnocení stupně závislosti

0 – 40 bodů	**závislý**
41 – 75 bodů	**částečně závislý¨**
76 – 80 bodů	**nezávislý**

Příloha č. 3 – Základní činnosti při poskytování služeb

(1) Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:

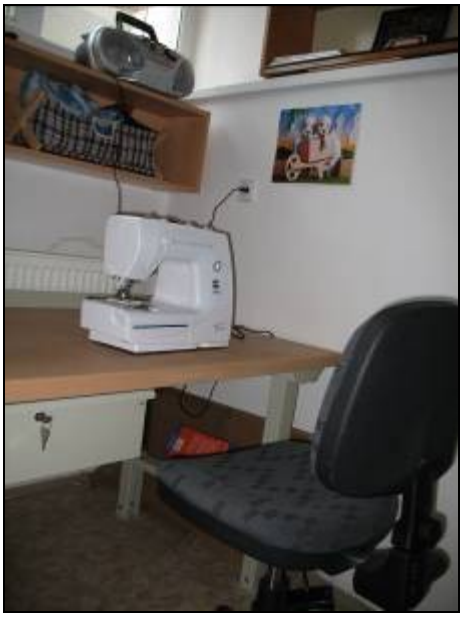
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- sociální poradenství
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- telefonická krizová pomoc
- nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

(2) Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.

(3) Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb v § 37, 39 až 52 a § 54 až 70 jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit.

(4) Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti.

Příloha č. 4a – Fotodokumentace - Pracoviště manuálních dovedností - dílna



Příloha č. 4b – Fotodokumentace - Pracoviště simulace domácího prostředí - koupelna, sociální zařízení

Příloha č. 4c – Fotodokumentace - Pracoviště simulace domácího prostředí - zácvikový byt

Příloha č. 5 – Hodnocení soběstačnosti

Hodnocení soběstačnosti jméno ↓ / datum →	**VSTUPNÍ**	
Jméno klienta	Datum	poznámky, podrobnosti
1/ osobní péče		
jídlo a pití +		
uchopí hrnek		
napije se		
umí použít lžíci		
umí použít příbor/nakrájí si stravu		
alternativní způsob příjmu potravy		
péče o zevnějšek +		
umí pustit vodu (kohoutek/páková baterie)		
vyčistí si zuby/protézu		
učeše se		
umyje si ruce, obličej		
oholí se (nalíčí se)		
koupání (umyje se od krku dolů vana/sprcha/umyvadlo/lůžko) +		
oblékání/svlékání (horní polovina těla) +		
oblékání/svlékání (dolní polovina těla) +		
zapne zip		
zapne knoflík/sponu/suchý zip		
navlékne ponožky		
nazuje boty/přezůvky		
zaváže šněrovadlo		
2/ kontinence a osobní hygiena		
udrží moč +		
udrží stolici +		
očistí se po močení a stolici		
umyje si intimní oblasti těla +		
upraví si oděv po použití toalety		
3/ lokomoce a přesuny		
otočí se na lůžku		
posadí se na lůžku		
udrží se vsedě		
postaví se		
přesedne si na židli/vozík +		
chodí po místnosti/invalidní vozík (vzdálenost) +		

chodí po schodech (počet)	+		
umí obsluhovat výtah			
dojde na WC			
sedne si na WC/postaví se po použití	+		
přesune se do vany a zpět	+		
potřebuje a umí používat kompenzační pomůcky (vozík, protéza, ortéza)			
4/ komunikace			
paměť (stupeň demence dle MMSE)	+		
chápání	+		
chápe mluvenou řeč			
rozumí psanému textu			
vyjadřování	+		
domluví se mluvenou řečí			
píše			
5/ sociální oblast			
sociální kontakt	+		
je schopen jednat s lidmi v osobním kontaktu			
je schopen jednat s lidmi v úředním kontaktu			
schopnost řešit problémy	+		
je schopen přivolat si pomoc			
je schopen hospodařit s financemi			
je schopen zvládnout jednoduchý nákup			
je schopen použití dopravních prostředků			
6/ domácnost			
otevře/zavře dveře			
odemkne/zamkne dveře			
otevře/zavře okno			
zvládne manipulaci se zástrčkou			
zvládne obsluhu mikrovlnné trouby			
zvládne obsluhu varné konvice			
umí obsluhovat vařič			
zvládne přípravu a servírování jídla			
zvládne mytí a utírání nádobí			
zvládne menší úklid			
zvládne praní a žehlení prádla			
zvládne obsluhu telefonu			
zvládne obsluhu TV a radia			
Celkové skóre FIM (max. 126 bodů)			

Hodnocení soběstačnosti jméno ↓ / datum →	vstupní	INTERVAL	výstup
Jméno klienta	Datum	Datum	Datum
1/ osobní péče			
jídlo a pití			
uchopí hrnek			
napije se			
umí použít lžíci			
umí použít příbor/nakrájí si stravu			
alternativní způsob příjmu potravy			
péče o zevnějšek			
umí pustit vodu (kohoutek/páková baterie)			
vyčistí si zuby/protézu			
učeše se			
umyje si ruce, obličej			
oholí se (nalíčí se)			
koupání (umyje se od krku dolů (vana/sprcha/umyvadlo/lůžko)			
oblékání/svlékání (horní polovina těla)			
oblékání/svlékání (dolní polovina těla)			
zapne zip			
zapne knoflík/sponu/suchý zip			
navlékne ponožky			
nazuje boty/přezůvky			
zaváže šněrovadlo			
2/ kontinence a osobní hygiena			
udrží moč			
udrží stolici			
očistí se po močení a stolici			
umyje si intimní oblasti těla			
upraví si oděv po použití toalety			
3/ lokomoce a přesuny			
otočí se na lůžku			
posadí se na lůžku			
udrží se vsedě			
postaví se			
přesedne si na židli/vozík			
chodí po místnosti/invalidní vozík (vzdálenost)			
chodí po schodech (počet)			

umí obsluhovat výtah			
dojde na WC			
sedne si na WC/postaví se po použití			
přesune se do vany a zpět			
potřebuje a umí používat kompenzační pomůcky (vozík, protéza, ortéza)			
4/ komunikace			
paměť (stupeň demence dle MMSE)			
chápání			
chápe mluvenou řeč			
rozumí psanému textu			
vyjadřování			
domluví se mluvenou řečí			
píše			
5/ sociální oblast			
sociální kontakt			
je schopen jednat s lidmi v osobním kontaktu			
je schopen jednat s lidmi v úředním kontaktu			
schopnost řešit problémy			
je schopen přivolat si pomoc			
je schopen hospodařit s financemi			
je schopen zvládnout jednoduchý nákup			
je schopen použití dopravních prostředků			
6/ domácnost			
otevře/zavře dveře			
odemkne/zamkne dveře			
otevře/zavře okno			
zvládne manipulaci se zástrčkou			
zvládne obsluhu mikrovlnné trouby			
zvládne obsluhu varné konvice			
umí obsluhovat vařič			
zvládne přípravu a servírování jídla			
zvládne mytí a utírání nádobí			
zvládne menší úklid			
zvládne praní a žehlení prádla			
zvládne obsluhu telefonu			
zvládne obsluhu TV a radia			
Celkové skóre FIM (max. 126 bodů)			

Hodnocení soběstačnosti POROVNÁVAJÍCÍ PODROBNÉ	vstupní	výstupní
Jméno klienta		
1/ osobní péče	0	0
jídlo a pití	0	0
uchopí hrnek	0	0
napije se	0	0
umí použít lžíci	0	0
umí použít příbor/nakrájí si stravu	0	0
alternativní způsob příjmu potravy	0	0
péče o zevnějšek	0	0
umí pustit vodu (kohoutek/páková baterie)	0	0
vyčistí si zuby/protézu	0	0
učeše se	0	0
umyje si ruce, obličej	0	0
oholí se (nalíčí se)	0	0
koupání (umyje se od krku dolů (vana/sprcha/umyvadlo/lůžko)	0	0
oblékání/svlékání (horní polovina těla)	0	0
oblékání/svlékání (dolní polovina těla)	0	0
zapne zip	0	0
zapne knoflík/sponu/suchý zip	0	0
navlékne ponožky	0	0
nazuje boty/přezůvky	0	0
zaváže šněrovadlo	0	0
2/ kontinence a osobní hygiena		
udrží moč	0	0
udrží stolici	0	0
očistí se po močení a stolici	0	0
umyje si intimní oblasti těla	0	0
upraví si oděv po použití toalety	0	0
3/ lokomoce a přesuny		
otočí se na lůžku	0	0
posadí se na lůžku	0	0
udrží se vsedě	0	0
postaví se	0	0
přesedne si na židli/vozík	0	0
chodí po místnosti/invalidní vozík (vzdálenost)	0	0
chodí po schodech (počet)	0	0

umí obsluhovat výtah	0	0
dojde na WC	0	0
sedne si na WC/postaví se po použití	0	0
přesune se do vany a zpět	0	0
potřebuje a umí používat kompenzační pomůcky (vozík, protéza, ortéza)	0	0
4/ komunikace		
paměť (stupeň demence dle MMSE)	0	0
chápání	0	0
chápe mluvenou řeč	0	0
rozumí psanému textu	0	0
vyjadřování	0	0
domluví se mluvenou řečí	0	0
píše	0	0
5/ sociální oblast		
sociální kontakt	0	0
je schopen jednat s lidmi v osobním kontaktu	0	0
je schopen jednat s lidmi v úředním kontaktu	0	0
schopnost řešit problémy	0	0
je schopen přivolat si pomoc	0	0
je schopen hospodařit s financemi	0	0
je schopen zvládnout jednoduchý nákup	0	0
je schopen použití dopravních prostředků	0	0
6/ domácnost		
otevře/zavře dveře	0	0
odemkne/zamkne dveře	0	0
otevře/zavře okno	0	0
zvládne manipulaci se zástrčkou	0	0
zvládne obsluhu mikrovlnné trouby	0	0
zvládne obsluhu varné konvice	0	0
umí obsluhovat vařič	0	0
zvládne přípravu a servírování jídla	0	0
zvládne mytí a utírání nádobí	0	0
zvládne menší úklid	0	0
zvládne praní a žehlení prádla	0	0
zvládne obsluhu telefonu	0	0
zvládne obsluhu TV a radia	0	0
Celkové skóre FIM (max. 126 bodů)	0	0

Příloha č. 6 – Sociální profil klienta

Sociální profil

1. **„ Já teď “**

    1.1. stav:
    1.2. zájmy:
    1.3. vyznání:
    1.4. snímek dne:
    1.5. sociální zázemí:

2. **„ Já v minulosti “**

    2.1. dřívější zaměstnání:
    2.2. důležité momenty osobní historie:

3. **„ Já a lidé “**

    3.1. důležité vztahy:

4. **„ Já a prostředí “**

    4.1. snímek domácího prostředí
        4.1.1. dostupnost z terénu:
        4.1.2. vstup do bytu:
        4.1.3. uspořádání bytu:
            1. chodba:
            2. rozvržení místností:
            3. toaleta:
            4. koupelna:
            5. místnost na spaní:
            6. místnost pro denní aktivity:
            7. kuchyně:
        4.1.4. další potřebné informace:

Příloha č. 7 – Úvodní shrnutí

<u>Úvodní shrnutí:</u>

1. **Problémové oblasti**:

   I. popis, definování problému
   II. stanovení cíle a prostředků

   1.1. péče o zevnějšek a hygiena (česání, mytí, obličeje, koupání, intimní hygiena, holení)
   1.1.1.
   1.1.2.

   1.2. jídlo (konzumace, používání příboru a jeho částí, příprava)
   1.2.1.
   1.2.2.

   1.3. oblékání a obouvání (horní a dolní polovina těla, ponožky, boty)
   1.3.1.
   1.3.2.

   1.4. lokomoce a přesuny (posazení, postavení, přesuny – židle, WC, vana)
   1.4.1.
   1.4.2.

   1.5. kontinence a vyprazdňování (očištění se po WC, úprava oděvu)
   1.5.1.
   1.5.2.

   1.6. péče o domácnost (variabilně: kuchyně, mytí nádobí, vaření, žehlení, úklid, …)
   1.6.1.
   1.6.2.

   1.7. psychika, komunikace a sociální kontakt (telefon, přivolání pomoci, sociální role)

2. **Plán aktivit a jejich priority:**

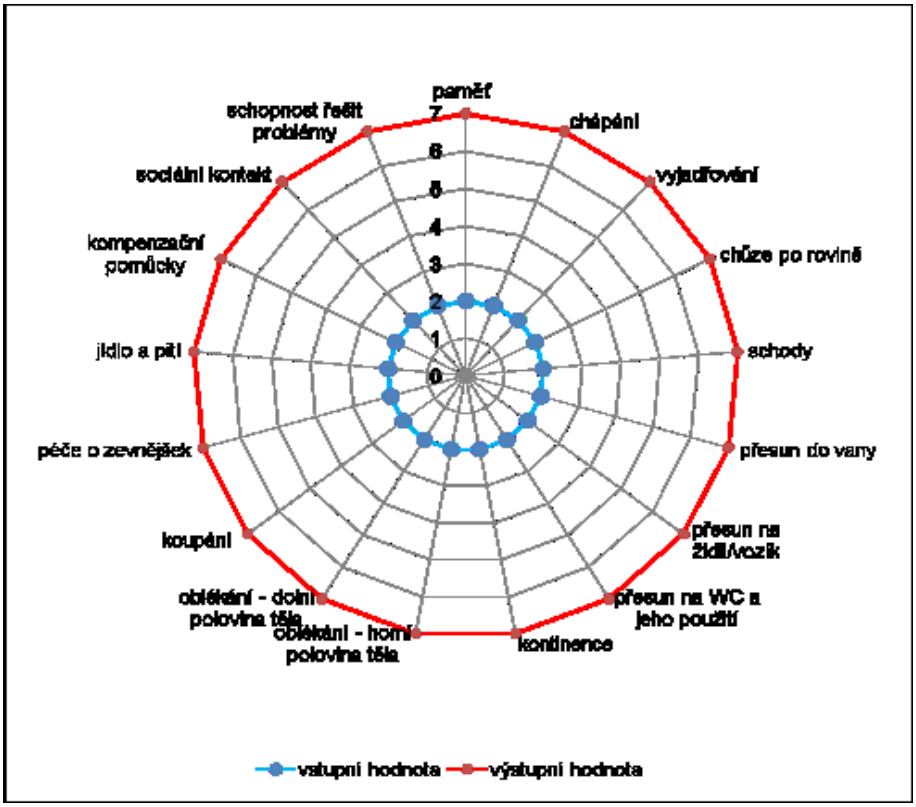
   2.1. aktivity vedoucí ke zlepšování soběstačnosti:
   2.2. aktivity ke zlepšení pohybového systému:
   2.3. návrh pomůcek:

3. **Plán spolupráce s pečující rodinou:**

Příloha č. 8 – Grafické znázornění

Hodnocení soběstačnosti PRO GRAF (vzor)		vstupní hodnota	výstupní hodnota
	Jméno klienta		
1	paměť	2	7
2	chápání	2	7
3	vyjadřování	2	7
4	chůze po rovině	2	7
5	schody	2	7
6	přesun do vany	2	7
7	přesun na židli/vozík	2	7
8	přesun na WC a jeho použití	2	7
9	kontinence	2	7
10	oblékání - horní polovina těla	2	7
11	oblékání - dolní polovina těla	2	7
12	koupání	2	7
13	péče o zevnějšek	2	7
14	jídlo a pití	2	7
15	kompenzační pomůcky	2	7
16	sociální kontakt	2	7
17	schopnost řešit problémy	2	7

Graf hodnocení soběstačnosti



Příloha č. 9 – Závěrečné zhodnocení

1. **Grafické hodnocení**

   1.1. vstupní soběstačnost

   1.2. výstupní soběstačnost

2. **Slovní zhodnocení:**

   2.1. datum ukončení práce v projektu SSI:
   - 2.1.1. časové aspekty práce s klientem a rodinou
   - 2.1.2. celková doba péče:
   - 2.1.3. celkový počet hodin:

   další péče:

   2.2. stupeň dosažení předpokládaného cíle v jednotlivých definovaných problémových oblastech (odpovídá bodům v mezihodnocení soběstačnosti):

   - 2.2.1. Péče o zevnějšek a hygiena
   - 2.2.2. Jídlo
   - 2.2.3. Oblékání a obouvání
   - 2.2.4. Lokomoce a přesuny
   - 2.2.5. Kontinence a vyprazdňování
   - 2.2.6. Péče o domácnost
   - 2.2.7. Komunikace, psychika a sociální kontakt

   2.3. kvalita spolupráce s rodinou

   2.4. výstupní potřeba sociální intervence

   2.5. faktory podporující práci

   2.6. faktory znesnadňující práci

   2.7. postřehy

Příloha č. 10 – Fotodokumentace domácího prostředí – původní stav

Příloha č. 11 – Fotodokumentace domácího prostředí – po úpravách