Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2011 Jana Horníčková

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jana Horníčková

Znalosti sociálních pracovníků v oblasti předcházení psychosomatických problémů u seniorů formou zmírňování zátěžových situací vlastní intervencí.

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Petřeková

2011

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

Olomouc 8. srpna 2011.

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Miroslavě Petřekové za odborné vedení a čas, který mi věnovala při konzultacích.

Obsah

Úvod ... 6
1 Psychosomatický pohled na člověka ... 8
1.1 Psychosomatický přístup ... 8
1.1.1 Psychosomatické vnímání člověka ... 9
1.1.2 Propojení těla a psychiky ... 10
1.2 Zátěžové situace v životě seniorů ... 12
1.2.1 Působení zátěžových situací ... 12
1.2.2 Stres a stresor ... 15
1.2.3 Projevy stresu u seniorů ... 16
2 Sociální práce v pobytovém zařízení pro seniory ... 19
2.1 Pobytová zařízení pro seniory ... 19
2.2 Sociální pracovník v pobytových zařízeních pro seniory ... 20
2.2.1 Role sociálního pracovníka ... 20
2.2.2 Týmová práce v pobytových zařízeních pro seniory ... 20
2.2.3 Činnost sociálního pracovníka ... 21
2.3 Kvalita života seniorů ... 22
2.3.1 Individuální potřeby seniorů ... 22
2.4 Možnosti předcházení zátěžových situací při práci se seniory ... 24
2.4.1 Metody a techniky sociální práce se seniory ... 24
2.4.2 Komunikace se seniory ... 27
2.4.3 Komunikační problémy starších osob ... 28
3 Praktická část práce ... 29
3.1 Výběr respondentů ... 29
3.2 Rozhovory se sociálními pracovnicemi ... 29
3.2.1 Domov pro seniory č. 1 ... 30
3.2.2 Domov pro seniory č. 2 ... 30
3.2.3 Domov pro seniory č. 3 ... 31
3.2.4 Domov pro seniory č. 4 ... 31
3.2.5 Domov pro seniory č. 5 ... 32
3.2.6 Domov pro seniory č. 6 ... 33
3.2.7 Domov se zvláštním režimem č. 1 ... 33
3.2.8 Domov se zvláštním režimem č. 2 ... 34

3.2.9 Domov se zvláštním režimem č. 3 35
3.3 Analýza odpovědí 35
Závěr 38
Bibliografie 40
Anotace 44

Úvod

Život, i ve starším věku, klade na člověka značné nároky, což se může projevit na zdraví. Člověk se v životě ocitá v různých situacích, ať příjemných či nepříjemných. Vždy taková situace zanechá v člověku nějaké pocity, náladu, nějaké reakce, se kterými se musí každý vyrovnat. Právě ono vyrovnání se s určitými situacemi je velmi individuální a má nesčetně mnoho podob. Na jakoukoliv situaci, ať si to uvědomuje či ne, reaguje člověk vždy celým svým organismem, celostně.

Ve své práci se zabývám možným vlivem některých zátěžových situací na zdraví starých lidí v pobytových zařízeních. Jak se vliv některých zátěžových situací může projevit na psychosomatickém onemocnění seniorů. O psychosomatickém pohledu na člověka se začíná diskutovat v jednotlivých oborech našeho lékařství i v sociální práci. Jde o celostní přístup k člověku, který pomáhá nahlížet na člověka v širších souvislostech, nejen z pohledu tělesného, psychického, ale i duchovního a sociálního. Psychosomatika vnímá člověka v jeho celé komplexnosti, se vztahem k sobě i k okolí.

Cílem mé práce je zjistit zda si sociální pracovníci v pobytových zařízeních pro seniory uvědomují dopad psychických traumat na zdraví jedince. Jak se sociální pracovníci podílejí na zmírňování a předcházení zátěžových situací, tím na prevenci možných psychosomatických problémů u seniorů v pobytových zařízeních. Jaké metody či techniky ve své práci používají. Sociální pracovník se setkává s klienty v pobytovém zařízení v různých sociálních, zdravotních, psychických, rodinných situacích. Často může svou prací, postřehy a spoluprací s ostatními odborníky předejít či zmírnit případná psychosomatická onemocnění, proto mne zajímala i pozice sociálního pracovníka v týmu profesionálních pracovníků jednotlivých zařízení pro seniory.

Bakalářskou práci jsem rozčlenila do tří kapitol. V první kapitole vysvětluji psychosomatický pohled na člověka, přibližuji možné zátěžové situace v životě seniorů a vysvětluji působení stresu na člověka. Ve druhé části jsem popsala působení sociálních pracovníků v pobytových zařízeních pro seniory a jejich možnou práci v oblasti předcházení stresových traumat v životě seniorů. Zmiňuji se i o důležitém významu komunikace se seniory. Ve třetí kapitole, která je praktickou částí bakalářské práce, uvádím jednotlivé rozhovory se sociálními pracovníky pobytových zařízení pro seniory. V nich jsem hledala odpovědi na téma mé bakalářské práce.

Předložená práce je jakousi sondou v pobytových zařízeních pro seniory na okrese Kroměříž. Teorii jsem čerpala z literatury medicíny, psychologie a sociální práce. Praktická část vychází ze polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky jednotlivých pobytových zařízení pro seniory. Analýzou jejich odpovědí se chci pokusit o přehled pracovní náplně sociálních pracovníků v pobytových zařízeních, o jejich práci se seniory, o jejich znalostech v oblasti psychosomatických problémů a zmírňování stresových situací jejich vlastní intervencí.

1 Psychosomatický pohled na člověka

Psychosomatický pohled na člověka je specifický způsob uvažování o člověku. Lidskou bytost nedělí na jednotlivé složky jako tělo, duše, duch, ale zabývá se její biopsychosociální jednotou.[1] Psychosomatický pohled neznamená jen propojení tělesného a duševního aspektu člověka, ale i zohlednění sociálních a duchovních stránek jeho života. Všechny tyto aspekty hrají v životě stejně závažnou roli (Danzer, 2001).

Chápání významu slova psychosomatika se měnilo, mění a různě vysvětluje. Je to způsobeno přechodem od zaměření na nemoc k zaměření na člověka. Psychosomatický pohled znamená vidět člověka s jeho duší a v jeho životní situaci (Baštecká a kol., 2003). Snaží se vidět člověka s jeho vztahem k vlastnímu tělu, se vztahem jeho těla k okolí, s jeho psychickým uspořádáním, s jeho aktuální životní, rodinnou, zdravotní a sociální situací (Poněšický, 2002).

Zdraví, nemoc, funkční a zdravotní stav organismu jsou podmíněny všemi stránkami života člověka, vlivy a nároky prostředí i zvyklostmi dané společnosti. V celém vzájemně se prolínajícím komplexu se rodí choroby, které ovlivňují kvalitu života a soběstačnost člověka.[2] Psychosomatika je o tom, jak ovlivňuje naše duše naše tělo. A obráceně. Jak dovede tělo ovlivnit duši každého z nás.[3]

V nahlížení na člověka by se měla brát na vědomí také subjektivita člověka, tedy jeho psychické potřeby a prožívání (Vymětal, 2003).

1.1 Psychosomatický přístup

Vzájemné vztahy mezi tělem a psychikou byly dlouhou dobu kontroverzním tématem úvah filozofů, fyziologů a psychologů, později i lékařů. Již ve staré literatuře se setkáváme s názorem, že zřejmě existují vztahy mezi tělem a duší, či psychikou člověka. V průběhu let se představy o tom, v jak úzkém vztahu fyziologické a psychologické funkce jsou, měnily. Psychosomatický přístup k člověku nemá dlouhou minulost. Odvíjí se od Descartova dualismu. Zdůrazněn byl ve 20. století při krizi biomedicínského přístupu, kdy byly některé nemoci klasifikované jako

[1] http://www.rodina-terapie.eu/psychosomatika.php, úvodní článek (16.2.2011)
[2] KALVACH Z., *Geriatrické aspekty psychosomatické medicíny*, dostupné: http//www.psychosomatika.xf.cz/ (29. 12. 2010).
[3] Prof. GREGOR O., *Když se řekne psychosomatika*, dostupné z http://www.zdrava-rodina.cz/zr/, (16.2.2011).

psychosomatické, jiné jako somatické (Faleide, Lian, Faleide, 2010).

Psychosomatický přístup k člověku je především moderní mezioborový přístup medicíny k péči o lidské zdraví. Ve světě se rozvíjí od 70. let 20. století. Podstatou tohoto přístupu je komplexní pohled na člověka. Lidské tělo a duše jsou neoddělitelné. Většinou je dokonce obtížné určit, kde je prvotní příčina nemoci. Téměř každá nemoc je důsledkem kombinace fyzických, psychických a sociálních vlivů současně působících na člověka.[4]

Psychosomatika je velmi starý obor, zvláště ve spojení se šamany a přírodními léčiteli. Tito léčitelé nebývají většinou vzdělaní v medicíně. Svou intuicí vnímat jednotlivé signály organismu, dávat si je do souvislostí spolu s naslouchánim nemocnému, chorobu nevyléčí. Vnímají však člověka jako celistvou bytost, projevují opravdový zájem o člověka, povzbuzují a dodávají víru v uzdravení. Většinou mají důvěru nemocného. Úlevu přináší akupunktura, masáže, terapie vůněmi, hudbou. Vše působí kladně na psychiku nemocného a ta nepřímo na eventuální somatické problémy. Psychosomatické přístupy mají rozšířit vnímání člověka v celé jeho komplexnosti (Poněšický, 2002).

Psychosomatický přístup se v posledních letech úspěšně integroval do mnoha oblastí klasické medicíny, a proniká i do ostatních profesí. Díky této integraci vstoupily do medicíny myšlenky a poznatky jiných věd a pomáhají medicíně k proměně směrem k „osobnímu lékařství“ (Danzer, 2001).

1.1.1 Psychosomatické vnímání člověka

Psychosomatika se snaží vidět příčiny zdravotních problémů člověka i v jeho sebepojetí a vztahu k vlastnímu tělu, jež jsou dány psychickými charakteristikami, osobními zvláštnostmi i tělesnou konstitucí, v jeho vztazích s okolím, které se projevuje životním stylem, chováním, návyky a zvyklostmi v jeho sociálním, profesním a rodinném prostředí.[5] Člověk má být přijímán vždy jako partner, který má svá práva. Je povinností všech odborníků seznamovat klienta s důležitými informacemi a podněcovat jej k racionálním rozhodnutím, která by byla v souladu s jeho osobními preferencemi a hodnotami (Kořenek, 2002).

Vztahy mezi lidmi jsou mocnou léčebnou zbraní, která je často účinnější než

[4]Psychosomatická klinika, *Proč je psychosomatika užitečná a jak pomáhá*, dostupné: http://www.psychosomatika.cz/psy 01.asp (16.2.2011).

medikace. Zlepšuje farmakologickou i chirurgickou léčbu. Profesionál by měl mít schopnost vhledu do klientova světa, měl by být optimistický a plný odvahy, měl by potěšit i ty, kterým neumí pomoci. Jeho nástroji by měla být intelektuální kapacita, klinická zkušenost a schopnost užívat svých očí, uší, rukou i srdce (Hořejší, 1998).

Hlavní myšlenkou by mělo být, věnovat pozornost tělesné i psychické stránce člověka. Člověk často netuší, že má bolavou duši. Tuto bolest potom cítí kdekoli jinde. Je zapotřebí zajímat se o způsob života, o životní styl člověka. Je dobré, když klient vnímá, že se druhý dovede vcítit do jeho problémů, že chápe jeho situaci a má o něj zájem nejen odborný, ale i zájem lidský.[6]

Lidský organismus je neobyčejně složitou psychosomatickou a biosociální jednotkou. Také značná část chorob a poruch, které jej postihují, má psychosomatický charakter. Existují samoúzdravné procesy v organismu, jakési sebezáchovné mechanismy, které probíhají bez pomoci a intervence odborníků. Proto se některý člověk s určitou chorobou vyléčí, jiný jí podlehne. Někdy je účelnější působit na psychiku nemocného, aby se zlepšil jeho vnitřní stav a posílil nervový a imunitní systém, než ovlivňovat jeho stav zvenčí. Ne vždy je však jen působení na psychiku vhodné a pomůže (Hořejší, 1998).

1.1.2 Propojení těla a psychiky

U člověka nikdy neonemocní primárně jen duše, duch nebo tělo. Vždy onemocní celý organismus, i když se do popředí dostanou jen jednotlivé aspekty. Sociální a duchovní zájmy hrají při vzniku a průběhu onemocnění stejně závažnou roli jako duševní a tělesné události. Každé onemocnění je psychosomatické. Žádné somatické onemocnění není prosté psychických vlivů, proto je nutné při léčbě každého člověka léčit nejen tělo, ale léčit či pracovat také s psychikou nemocného, vnímat celou jeho komplexnost. Nejen rezistence proti infekcím, ale všechny životní funkce jsou neustále ovlivňovány duševním stavem organismu (Danzer, 2001). Fyziologické a psychologické funkce organismu jsou v úzkém vztahu a v neustálé interakci. Psychofyziologické poruchy charakterizované somatickými příznaky nebo dysfunkcemi činnosti různých orgánů, jsou úzce propojeny s psychosociálními faktory (Faleide, Lian, Faleide, 2010).

[5] ŠAVLÍK J., *Psychosomatika v léčebné prax*i, dostupné: http//www.psychosomatika.xf.cz//, (29.12.2010).

Psychická a somatická složka jsou dvě části jednoho organismu, spojené regulačním vlivem nervové soustavy. Odchylky, které primárně vznikají v jedné z uvedených složek, zákonitě ovlivňují i složku druhou. Psychosomatické a somatopsychické vztahy fungují za normálních okolností, aniž bychom si je uvědomovali. Uvedené vzájemné vztahy však mohou působit i patologicky. Psychické zátěže mohou přispět k vyvolání tělesných potíží, mohou působit na jejich zhoršení či udržení. Naopak somatické onemocnění může negativně ovlivňovat psychiku člověka, což může významně ovlivnit průběh a zvládání onemocnění. Somatické, psychické a sociální faktory se na vzniku a průběhu onemocnění podílejí vždy v různé míře (Vágnerová, 2008). Psychosomatická jednota člověka platí v době zdraví i v době nemoci, proto je onemocnění vždy problémem celého člověka. Takový přístup k nemocnému je celostní či bioekopsychosociální (Vymětal, 2003).

Vnímání těla a duše jako celku není pro současnou medicínu, ani pro související obory, jednoduché. Na jedné straně stojí biologicky vzdělaní lékaři, na straně druhé psychoterapeuti. Liší se od sebe myšlením a těžce se jim hledá společná cesta. Lze si však všímat vzájemných propojení a souvislostí:

Propojenost v teorii se hledá i v jednotlivých vědeckých teoriích. Jednou z nich je psychoneuroimunologie, která studuje interakce mezi psychologickými a imunologickými procesy v těle a pokouší se objasnit souvislosti mezi chováním člověka a jeho nemocí.

Propojenost výčtem vlivů je typ propojenosti schématu činitelů zdraví a nemoci. Člověk se zde popisuje v několika faktorech. Biologické faktory - rodinná anamnéza, vystavení infekčním vlivům, očkování, fungování imunitního systému, léková anamnéza, vrozené poruchy a vady, věk, pohlaví, fyziologický stav. Osobnostní faktory - psychologická odolnost, postoj k životu (optimismus/pesimismus, introvert/extrovert), smysl pro humor, osobnostní typ, deprese, úzkost, nepřátelskost, podezřívavost, jak si člověk vysvětluje své vlastní selhání, tendence vyjadřovat nebo popírat pocity zmaru nebo hněvu. Faktory na úrovni chování - stravovací zvyklosti, kouření, pití alkoholu, úroveň tělesné činnosti, spánek, bezpečnostní návyky, zdravotní péče, mezilidské a sociální dovednosti. Společenské faktory - socioekonomické postavení, dosažitelnost a využití sociálních opor, mezilidské ovzduší na pracovišti, doma, životní změny, ekonomické změny, kulturní a náboženské představy, návyky ve vztahu ke zdraví,

[6] Prof. GREGOR O., *Když se řekne psychosomatika*, článek, dostupné: http://www.zdrava-rodina.cz/zr/, (16.2.2011).

národnostní pozadí, předsudky a diskriminace. Faktory technologické - přiměřenost dosažitelné zdravotní péče, bezpečnost dopravy, kvalita vody, znečištění ovzduší, jaderné záření, globální oteplování, úbytek ozonové vrstvy, zacházení s odpady. Faktory přírodního prostředí - přírodní katastrofy, vlivy počasí.

Propojenost týmovou spoluprací se rozumí spolupráce lékařů a ostatních odborných pracovníků. Mělo by jít o spolupráci mezi psychology a lékaři všech oborů a specializací i dalších profesí. Mělo by jít o spolupráci, jejímž předpokladem by měla být společná srozumitelná řeč, celostní přístup k člověku. Každý člověk nějaký je, někde žije, v životě ho něco potkalo a má problémy v oblasti zdraví (Baštecká a kol., 2003).

Člověk a jeho nemoc musí být vnímán komplexně. Každá lidská nemoc se dá posoudit a popřípadě léčit ve své biomedicínské, psychosociální a duchovní dimenzi (Danzer, 2001). Je potřebné vytvářet multioborové týmy, kterých se účastní všichni zainteresovaní v péči o člověka, kde bude docházet k potřebnému mezioborovému překrývání.[7]

1.2 Zátěžové situace v životě seniorů

Závažné životní situace, do kterých se člověk během života dostává, které se snaží nějak řešit, lze nazývat zátěžovými situacemi. Protože některé zátěžové situace v životě starých lidí mohou negativně ovlivnit nejen jejich další život, ale mohou být i příčinou různých psychosomatických problémů, věnuji zátěžovým situacím další část.

1.2.1 Působení zátěžových situací

Původní reakce organismu na zátěžové situace je celostní. Při zvládání zátěžových situací je důležitá citová reakce a připravenost organismu na zátěž. Ne každý je však schopen je zvládnout sám, bez pomoci druhých. Je – li u některých lidí vnitřní život nevyzrálý, defektní, v některém směru nedostatečný, tak místo citové odezvy se může objevit pouze tělesná reakce, která je vnímána jako porucha tělesné funkce. Často je to jediná reakce na určitou situaci a jejím potlačením (analgetika, atd.) hrozí nebezpečí zhroucení či psychózy (Růžička, 2006).

Reakce na zátěž nemusí být vždy uvědomovaná. Působení zátěžových situací na

[7]KALVACH Z., *Geriatrické aspekty psychosomatické medicíny*, dostupné: http//www. psychosomatika.xf.cz/ (20.12.2010).

člověka může vést k narušení psychické rovnováhy. Někdy působí zátěže jen dočasně nebo částečně, jindy dlouhodobě. Mohou se projevovat změnou prožívání, uvažování i chování. Jednotlivé zátěžové situace mohou mít pro vznik a rozvoj psychických a následně somatických poruch různý význam (Vágnerová, 2008).

Problémem, v zátěžových a krizových situacích je, když nemá člověk automaticky k dispozici vše, co k řešení této situace potřebuje (nemá zautomatizované jednání v dané situaci). Musí hledat relativně nové cesty, jak tuto situaci řešit. Psychicky se problémová situace odráží v určité míře vnitřních nejistot a obav (Křivohlavý, 1995).

Podle reakcí organismu mohou mít nepříznivé sociální situace na člověka různé dopady. K nejzávažnějším patří dopad na zdraví. Pokud není organismus, především psychika člověka, na určitou novou situaci adaptován, dochází při prožívání a řešení určité situace k velké zátěži (Vágnerová, 2008).

Odolnost vůči zátěžovým situacím je individuální. Označuje se jako frustrační tolerance. Jde o schopnost zvládnout a překonat náročné životní situace při zachování duševní rovnováhy. Je to vyrovnání se s náročnými situacemi bez nepřiměřených reakcí, využití všech pozitivních možností, vynaložení úsilí na překonání potíží, spojené s dostatečnou sebedůvěrou potíže překonat a hledat nové přijatelné řešení. Z hlediska vzniku zátěžových situací a možných následků lze rozlišit několik druhů zátěží:

Frustrace – situace, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, i když byl přesvědčen, že tomu tak bude. Je to ztráta naděje na uspokojení. Frustrace vyvolává zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání nepříznivé bilance. Starý člověk může být frustrován při umístění do zařízení, protože očekával, že bude žít s dětmi. Může být frustrován neznalostí a špatnou orientací v novém prostředí, což může vést ke snížení sebedůvěry. Potom volí raději pobyt na pokoji a tím určitou izolaci. Také vlastní zábrany a nízké sebehodnocení mnohdy vedou k sociální izolaci a tím k omezení uspokojování potřeb. Frustrující zkušenost bývá častá a nemusí vyvolat jen nepřiměřené reakce, protože nutí člověka hledat jiná řešení, přizpůsobit se, vyrovnat se vnitřně s novými podmínkami, navázat nové kontakty (Vágnerová, 2008). Starým lidem je třeba v těchto případech věnovat více pozornosti a pomoci jim případné frustrující situace překonat.

Konflikt – patří mezi běžné potíže. Patogenním činitelem se stává, jestliže je závažný, trvá příliš dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a člověk jej není schopen sám řešit. Za příčinou psychosomatických potíží mohou být vnitřní konflikty, např.

vnitřní nesouhlas s přestěhováním do zařízení a na druhé straně odmítnutí bydlení s blízkými, protože jim nechce být na obtíž. Běžné konflikty ruší celkový pocit pohody, ale samy o sobě nepředstavují závažnější zátěže (Vágnerová, 2008).

Stres - mezi charakteristické znaky patří pocit neovlivnitelnosti situace, pocit nepředvídatelnosti a pocit nezvládnutelnosti situace. Tyto pocity často souvisí s přestěhováním starého člověka do jiného neznámého prostředí, což může být umocněno i změnou města, přestěhováním z vesnice do města apd. Stres hrozí i při zásadních změnách životních zvyklostí, které kladou velké nároky na adaptaci (Vágnerová, 2008). Zvláště u starých lidí je adaptace na nové prostředí a nové životní podmínky velkou zátěží, kterou jim musí okolí individuálním přístupem pomoci překonat a zvládnout. Stres vyvolává pocit dezorientace a znehodnocuje dosud fungující strategii chování (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2008).

Trauma – je po psychické stránce náhle vzniklá situace, která má pro jedince negativní význam. Vede k určitému poškození nebo ztrátě. Traumatizovaný člověk ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost, smutek, má obavy z budoucnosti. Člověk ztrácí soudnost a stává se nekritickým. Změny se projevují i v chování, kdy může docházet k izolaci nebo agresi. Traumatizující může být změna chování okolí k člověku, změna sociálního postavení (Vágnerová, 2008). Prožívá – li starý člověk například velkou úzkost, jeho dýchání je rychlé a povrchní. Trvá-li tento stav delší dobu, může cítit bolest u srdce, což je způsobeno velkým množstvím kysličníku uhličitého v krvi. Chybně se však domnívá, že mu hrozí srdeční mrtvice a následuje další stres, úzkost (Faleide, Lian, Faleide, 2010). Starý člověk se může ocitnout v oslabené pozici a roli, kdy je závislý na péči druhých. Neví, jak se vyrovnat s jistou závislostí na druhých, jak se svou potřebou pomoci od ostatních zacházet. Do takové situace se může dostat také starý člověk, kterému zemřel partner a on není schopen se sám o sebe postarat, takže je umístěn do pobytového zařízení. Kumulace více životních změn může vést k bezmocnému vzteku a může vyústit do nepřátelské závislé pozice. Člověk se nemusí s novým postavením vyrovnat a je ohrožen depresí či psychosomatickým onemocněním (Poněšický, 2002).

Krize – je narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhrocení situace, kumulace či nárůstu problémů. Je to vyhrocení stresové situace. Dochází k selhání adaptačních mechanismů. Ty, dosud používané, přestaly být funkční a člověk musí hledat jiné. Psychická krize je doprovázena negativními citovými prožitky, mění se uvažování a hodnocení dané situace. Člověk má pocit ochromení, bezmoci, bezradnosti

a neschopnosti situaci zvládnout. Zvládnutí krize spočívá v nalezení účelnějších způsobů jednání. Při negativním řešení krize může začít člověk například s nadměrnou konzumací alkoholu, která vede k úniku, ovšem i k dalším problémům.

Deprivace – stav, kdy některá z objektivně významných potřeb není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu. Deprivace patří k nejzávažnějším zátěžím. Závažná a dlouhotrvající deprivace může vést k narušení psychiky a ke vzniku specifických psychických odchylek. Například sociální deprivace starých lidí je důsledkem omezení kontaktů s lidmi. Důvodem může být nemoc (dlouhodobé upoutání na lůžko), přerušení kontaktů ze strany rodiny, kdy starého člověka v zařízení nenavštěvují. Starý člověk může být deprivován i v oblasti podnětové, to znamená, že mu chybí dostatečné množství a variabilita různých podnětů v životě. Příčinou deprivace může být i zdravotní omezení, špatná či zanedbávající péče (Vágnerová, 2008).

Při každé zátěži organismu, jako je zranění, nadměrná námaha, psychické vypětí, fyzické či psychické strádání, je přítomen stres. Stres hraje v životě jedince důležitou roli, ať už pozitivní či negativní. Ve většině situací je stres negativní a může se velkou měrou podílet na vzniku psychosomatických problémů či onemocnění. Proto se stresu věnuji i v další podkapitole.

1.2.2 Stres a stresor

Stres je všeobecná adaptační reakce organismu a jde o soubor tělesných a psychických jevů, jejichž podstata je biologická (Šavlík, Hnízdil, Houdek, 2008).

Stres je reakce na požadavky prostředí. Stresor je požadavek prostředí, je to činitel nebo faktor, který stimuluje adaptační kapacity jednotlivce. Stresor klade na člověka požadavky, které ve svém důsledku mohou vyústit ve stresovou reakci a dále k psychosomatickému onemocnění (Mastiliaková, 1999).

U lidí, kteří prožívají stres, se mohou objevit nepříjemné tělesné příznaky jako je bolest hlavy, zažívací potíže, nechutenství, neklid. Období stresu často souvisí s problémy v soukromém životě, ve vztazích mezi seniory a dětmi a ve způsobech komunikace. Spouštěči psychického stresu mohou být chronické stresory - neshody s rodinou, spolubydlícím, úmrtí blízkého. Náhle se mohou objevit stresující životní události – změna životních podmínek, vážné onemocnění, závislost na druhém člověku. Podobně jako významné životní události mohou náchylnost k tělesným příznakům

zvýšit výrazné změny v životě. Jsou to především změny, při kterých dochází ke změně životní role – odchod do důchodu. Ke stresu může vést i neschopnost nalézt smysl života, ztráta životní energie a na druhé straně přehnaně vysoké životní cíle. Tyto situace mohou vést k rozčarování, únavě a depresím (Praško, Pašková, Prašková, Záleský, 2004). Deprese zvyšuje riziko sebezanedbávání, ztěžuje zvládání změn ve stáří a je rizikovým faktorem sociálního vyloučení.[8]

Adaptace na závažné situace je určována i rodinným stylem reagování na stres. Tedy i tím, jak je člověk zvyklý řešit konflikty, jak v rodině zachází s emocemi, jak jednoznačně je člověk schopen vyjádřit své postoje a názory (Matoušek, 2003).

Jakákoli změna sama je formou stresu, na kterou se musí člověk tělesně a psychicky adaptovat. Životní změny se velmi liší v intenzitě, délce trvání, v tom, zda postihují jen jedince či více lidí. Adaptace na změnu vyžaduje určité vynaložení energie, která je nutná pro další normální život. Pokud se člověk musí vyrovnat v krátkém časovém období s více významnými změnami, je pravděpodobné, že dojde k přetížení organismu a výsledkem může být vznik psychosomatického onemocnění (Mastiliaková, 1999).

Stres nemusí mít vždy jen negativní význam. Přiměřená míra stresu, může člověka také aktivizovat, stimulovat k hledání řešení situace a tím rozvíjet kompetence. Překonávání zátěže podporuje pocit růstu vlastních možností a posiluje sebedůvěru (Vágnerová, 2008).

1.2.3 Projevy stresu u seniorů

Vztah mezi psychickou a somatickou složkou je spojený regulačním vlivem nervové soustavy, především vegetativního a endokrinního aparátu. Odchylky, které primárně vznikají v jedné části, zákonitě ovlivňují část druhou. Psychické zátěže mohou přispět k vyvolání tělesných potíží, k jejich udržení či zhoršení, a naopak. Vlivy nejsou specifické a lze je nalézt u různých potíží. Psychické vlivy působí prostřednictvím změny emočního ladění. Například na prožívání úzkosti nereaguje člověk jen citovým prožitkem, ale i fyziologicky (zrychlený dech, pocení, studené a vlhké ruce). Tyto projevy nejsou závislé na vůli a člověk je nemůže ovlivnit. Řídí je vegetativní nervová soustava (Vágnerová, 2008).

[8] Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Dostupné: http//www.mpsv.cz/sc/5045 (6. 7. 2011).

Vegetativní nervový systém má určité mechanismy, které se spolupodílejí na provokaci nemocí a na jejich setrvávajícím stavu. Ústředím vegetativní nervové soustavy je hypotalamus, který v těle řídí i endokrinní procesy a je ovlivňován limbickým systémem. Právě ten pravděpodobně řídí emocionální reakce a jejich výraz. Celý mozek je při tom ovlivňován podněty, které přicházejí ze smyslových orgánů a které jsou více či méně vědomě zpracovány mozkovou kognitivní činností. Tak je možné, aby psychické události ovlivňovaly somatické dění. Některé psychosomatické reakce však nejsou zcela známé, nevíme, co se děje při pocitech štěstí, pocitu viny, beznaděje (Faleide, Lian, Faleide, 2010).

Známý je stresový psychosomatický model. Biologická reakce na stres je nejen připravenost k útoku či útěku, ale i reflex smrti, u lidí touha po klidu, stažení se do sebe. Dochází ke svalovým dysbalancím, jak k napětí, tak i k ochablosti různých svalových skupin, nebo ke stupňování výkonnosti či i k vyčerpání (Růžička, 2006).

Stárnutí přináší mnoho změn, které se promítají do zdravotního stavu seniorů. Ovlivněn je klinický obraz i průběh chorob. Psychické stresory a psychická onemocnění ovlivňují tělesnou dekompenzaci a naopak stresory a tělesná onemocnění se ještě častěji projevují dekompenzací psychických funkcí. Například srdeční selhání či jiná onemocnění mohou vyvolat neuropsychické příznaky, poruchy chování. S následnou tlumivou léčbou se může zhoršovat mobilita a jiné tělesné funkce, což dále snižuje sebehodnocení, může se objevit úzkost a strach a další omezení aktivit. Člověk se tak může ocitnout v bezvýchodné situaci, kdy ztrácí svou soběstačnost a smysl života. K rozvoji psychosomatických obtíží přispívá i pokles adaptability psychických funkcí v pokročilém věku a často i závažné psychosociální stresory – osamělost, snížení životní úrovně, omezení soběstačnosti, sociální izolace, přestěhování (Malíková, 2011). V zařízeních pro seniory patří dále k velkým stresorům také ztráta autonomie, soukromí a rozhodovacích kompetencí, může hrozit i dlouhodobé vystavení nevhodného jednání až diskriminace klientů (Kalvach, Zadák, Jirák, 2008).

Při zátěži nestačí určitou situaci nějak zvládnout. Důležitá je i forma jejího zvládnutí, která odpovídá sebepojetí člověka, tomu, za čím stojí a za co je ochoten nést osobní odpovědnost. K negativním emocím a stresu náleží i tělesné projevy, ve smyslu reakce organismu na těžko řešitelnou situaci. Člověk reaguje na nezvládnutí situace způsobem, který odpovídá jeho sebepojetí. Může se jednat o nezvládnutí orientace v novém prostředí, o nezvládání sebepéče. Tím může být sebeobraz člověka natolik ohrožen, že svou psychickou reakci raději potlačí. Jestliže člověk na zátěžovou situaci

po určitou dobu nereaguje adekvátním způsobem, může dojít k zástupné tělesné reakci (Poněšický, 2002).

Tělo může reagovat na psychické vypětí různě. Negativní emoce a stres mohou vést k různým psychosomatickým projevům. Na vzniku psychosomatických poruch se podstatným způsobem podílí psychické napětí působící delší dobu. Psychologické mechanismy prožívání negativních situací ovlivňují psychické prožitky a stavy, reakce a chování. Ovlivňují i chování k nejbližšímu okolí a k nejbližším, se kterými jsme denně v kontaktu. Člověk je bez zájmu ke všemu a ke všem. Jindy se pocit bezradnosti a bezmoci může projevit agresivním chováním, vulgárními projevy či uzavřením se do sebe.[9] Trvá – li tento stav delší dobu, mohou se objevit problémy s ošetřujícím personálem, se spolubydlícími. Jindy může převládnout smutek a zažívací potíže. Může dojít k vyhasínání emočních vztahů k blízkým, roste podezíravost, nedůvěra, nebo lhostejnost a apatie a reakce na původní problémy je o to více nepřiměřená. Obecně platí, že čím déle trvá zátěžová situace, tím větší jsou psychické změny, které jsou jejím důsledkem. Jde o hodnocení, prožívání a reagování na tuto zátěž. Člověk je emočně labilnější a zranitelnější, klesá pocit životní spokojenosti, svůj stav může považovat za své selhání (Vágnerová, 2008).

Prožívá – li starý člověk chronický stres, překračuje adaptační schopnosti svého organismu. Chronický stres má vliv na vznik a vývoj celé řady psychosomatických zdravotních obtíží. Nejčastějšími jsou nervozita, bolesti hlavy a zad, závratě, nespavost, zažívací obtíže, pocity dušnosti, svírání u srdce či nevysvětlitelné stavy únavy. Vystupňovaný stres může být spouštěčem infarktu myokardu, ischemické choroby, srdečních a mozkových příhod. Nezvládnutý stres může vést k rozvoji ateroskleróz, ke zhoršení metabolických funkcí, k poruchám krevního oběhu jako je vysoký či nízký krevní tlak. Chronický stres má souvislost i se zvýšenou vnímavostí k infekcím (Šavlík, Hnízdil, Houdek, 2008).

[9] JANÁČKOVÁ L., *Psychologický mechanismus prožívání nevěry a její psychosomatické projevy*, Lékařské listy 2010, č. 8, s. 29-30.

2 Sociální práce v pobytovém zařízení pro seniory

Na sociální práci je možné nahlížet jako na oblast praktické činnosti směřující ke konkrétní smysluplné pomoci různým cílovým skupinám. Nelze ji jednoznačně definovat tak, aby vystihovala všechna vymezení své podstaty (Spravedlnost a služba, 2006).

Sociální práce je péčí o vztahy, nikoli o jednotlivce. Za důležitou se musí považovat i sociální opora, tedy přirozené prostředí člověka, jeho vztahy a společenství, v němž žije. Zde mají své místo také určité duchovní potřeby člověka, a to nejen u věřících lidí (Sociální práce, 4/2008).

Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Mezi tyto situace patří i pobyt v zařízeních pro seniory. K těmto zařízením patří léčebny dlouhodobě nemocných, což jsou zdravotnická zařízení a péče je hrazena pojišťovnami. Dále jsou to domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (Matoušek, 2010).

2.1 Pobytová zařízení pro seniory

Formou institucionální péče pro seniory jsou domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Zákon o sociálních službách, § 49 říká: „V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“. Domovy se zvláštním režimem slouží především pro lidi s duševním onemocněním a s různými typy demencí. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto lidí.

K odchodu do domovů pro seniory se rozhodují staří lidé buď dobrovolně, nebo jsou donuceni okolnostmi, zejména změnou zdravotního stavu či nepřipraveností přirozeného prostředí zajistit jim vhodnou péči. Institucionální péči zajišťují zařízení představující klasickou formu péče o seniory. Nabízejí trvalé ubytování, široké spektrum služeb, různé programy aktivit, ošetřovatelskou péči i rehabilitační péči o zdravotně postižené seniory (Matoušek, 2010).

2.2 Sociální pracovník v pobytových zařízeních pro seniory

V domovech pro seniory vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci a ostatní pracovníci zajišťující provoz, případně dobrovolníci. V domovech pro seniory je práce sociálního pracovníka velmi potřebná. Jedná se o přímou konkrétní pomoc seniorům, kteří v domově žijí. Kvalifikační požadavky musí být splněny v rozsahu stanoveném v § 110 a § 111 sociálního zákona. Sociální pracovník v pobytových sociálních zařízeních musí splňovat všechny předpoklady pro výkon povolání (Malíková, 2011).

Sociální pracovník se podílí a mnohdy dokonce sám rozhoduje o závažných změnách v životě lidí. Tato rozhodnutí musí být založena na jeho vysoké profesionalitě (Sokol, Trefilová, 2008).

Podle dosavadních zkušeností převažuje v praxi zejména administrativní pojetí sociální práce, kdy je od sociálního pracovníka očekávána role úředníka. Měl by zajišťovat úřední záležitosti klientů a administrativu spojenou s poskytováním pomoci (Sociální práce, 3/2009).

2.2.1 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník by se měl uplatnit již při práci na koncepčním uvažování o podobě a funkci zařízení. O budoucím směru vývoje. Sociální pracovník by měl být ve funkci co nejblíže vedoucímu zařízení a měl by s vedením úzce spolupracovat. Sama role sociálního pracovníka v domovech pro seniory není dosud jasně vymezena a popsána. Záleží na samém sociálním pracovníkovi, jak si svou práci vymezí, jaké kompetence na sebe převezme, jakou pozici a respekt bude v zařízení mít. Svým přístupem, koordinací a schopností propojovat hlediska různých disciplín a jednotlivých účastníků může přispět k zajištění kvalitní péče o starého člověka (Matoušek, 2010).

2.2.2 Týmová práce v pobytových zařízeních pro seniory

Týmová práce znamená odvrácení od tradičního vedení, kdy veškeré kompetence spočívají na řídícím pracovníkovi. Odpovědnost by měla být na všech členech týmu. Dobrý tým je mnohem více než jen seskupení pracovníků s podobným cílem. Týmová práce je společná práce na konkrétním úkolu a zapojení všech členů, jejich interakce a kvalitní komunikace (Sociální práce, 1/2008). Sociální pracovník by měl, vedle své

odborné činnosti, zabezpečovat komunikaci v rámci multidisciplinárního týmu. Měl by spojovat spolupráci všech zúčastněných spolupracovníků ostatních profesí, jejichž cílem by měl být spokojený klient, o kterého je postaráno a pečováno po všech jeho stránkách (Sociální práce, 1/2007).

2.2.3 Činnost sociálního pracovníka

Sociální práce se starými lidmi se soustřeďuje hlavně do oblasti péče o ty seniory, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a s poklesem soběstačnosti. Jedná se o poruchy hybnosti, smyslového vnímání i jiných kognitivních funkcí omezujících člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby. Sociální pracovník by měl pomoci starému člověku co nejdéle udržet jeho soběstačnost, kvalitu života, kontrolu nad svým životem a smyslem života. Měl by posilovat pocit hodnoty každého člověka (Matoušek, 2010).

Postavení a náplň činnosti sociálního pracovníka je stanovena zákonem o sociálních službách. Činnost sociálního pracovníka by se měla řídit zákonnými normami, platnými vnitřními organizačními normami zařízení a dodržováním standardů kvality sociálních služeb (Malíková, 2011).

Základem sociální práce se starými lidmi je práce se vztahem a důvěrou, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty. Sociální pracovník by měl být na blízku a provázet klienta po celou dobu poskytování sociální služby. Každého klienta musí respektovat a přistupovat k němu individuálně. Nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací. Je třeba úzké spolupráce mezi pracovníky jednotlivých profesí. Zhoršení zdravotního stavu zvyšuje potřebu sociálních služeb a naopak, sociální změny mohou vést ke zhoršení zdravotního stavu (Matoušek, 2010).

Pokud má senior zájem o službu, měl by sociální pracovník mít jeho komplexní hodnocení, kde jsou uvedeny především zdravotní, funkční a psychosociální schopnosti a problémy potencionálního klienta. Mezi hlavní oblasti posouzení patří **osobnost člověka** – životní situace, subjektivní kvalita života, priority, **tělesné zdraví –** nemoci, významná symptomatologie, **funkční výkonnost a zdatnost –** stabilita, chůze, soběstačnost, tělesná kondice, výživa, **duševní zdraví –** duševní choroby, poruchy, psychická rovnováha, psychosomatické dekompenzace, medikace a **sociální souvislosti** – sociální síť, sociální potřeby, stupeň závislosti na péči jiné osoby, sociální dávky, finanční situace (Kalvach, Zadák, Jirák a kol., 2008). Sociální práce se starým

člověkem znamená často také práci s jeho rodinou. Spolupráce s rodinou by měla začít nejlépe ještě před přijetím seniora do domova. Rodině by mělo být jasné, které úkoly jí zůstávají a které přebírá zařízení. Příchodem seniora do domova nekončí rodinné vztahy ani povinnosti dětí vůči rodičům. Rodina by měla být sociálním pracovníkem dostatečně a pravidelně informovaná o životě a změnách jejich rodinného příslušníka (Matoušek, 2010).

Práce sociálního pracovníka by měla směřovat k co nejlepší kvalitě života starých lidí v pobytovém zařízení, včetně pomoci starým lidem zvládat zátěžové situace.

2.3 Kvalita života seniorů

Kvalita života představuje velmi komplexní veličinu, která odráží úsilí jedince a společnosti o naplnění představ o životě, spokojenosti, dobrých životních podmínkách a životní pohodě. Zahrnuje objektivní faktory a faktory subjektivní, založené na kognitivním hodnocení a emočním prožívání vlastního života. V souvislosti se zdravím je kvalita života velmi individuální pocit člověka, který je spojován s prožitkem vlastní spokojenosti, blaha, životního smyslu a zdraví (Janečková, Hnilicová, 2009).

Pro kvalitu života ve stáří jsou vedle zdraví a soběstačnosti důležité ekonomické zabezpečení, vstřícné prostředí, psychická pohoda, mobilita a využití volného času. Duševní zdraví a kvalitní sociální vztahy zvyšují pevnost celkového zdraví, odolnost a adaptabilitu člověka. Zlepšení a podpora duševního zdraví je zásadní pro kvalitu života ve stáří.[10]

Při dlouhodobé péči v pobytových zařízeních pro seniory je pro sociálního pracovníka nezbytná orientace a znalost individuálních potřeb klientů, která potom představuje určitou formu pomoci (Malíková, 2011). Sociální pracovník potom může svou prací pomoci zvládat negativní situace v životě seniorů a tím pomoci předcházet možným psychosomatickým problémům.

2.3.1 Individuální potřeby seniorů

Potřeba je projevem určitého nedostatku, deficidu či strádání, jehož odstranění je žádoucí, a je předpoklad, že doplnění tohoto deficidu povede ke zlepšení stavu člověka

[10] Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 20012. Dostupné: http//www.mpsv.cz/sc/ 5045 (6. 7. 2011).

či ke zvýšení jeho spokojenosti. Ve zdravotnictví a hlavně v oblasti sociálních služeb je nerozšířenější používání členění potřeb dle Maslowa. Touha uspokojit své potřeby obvykle směřuje směrem zdola nahoru. Požadavky na uspokojení potřeb se mohou různě prolínat, posloupnost nemusí být striktně dodržena. Preferování potřeb a touha po uspokojení či doplnění jedné nebo více potřeb se mohou v průběhu života a pod vlivem různých okolností měnit. Jedinec pak vyžaduje změnu pořadí, míry nebo způsobu uspokojení svých potřeb. Uspokojování potřeb a jejich změny jsou nejčastěji ovlivněny následujícími okolnostmi: nemocí, individualitou člověka (typem osobnosti), mezilidskými vztahy, vývojovým stadiem člověka, okolnostmi, za kterých nemoc vznikla. Zjištění potřeb člověka, míra deficidu jejich uspokojení a nalezení vhodného způsobu jejich doplnění je základním úkolem sociálního pracovníka a jeho spolupracovníků. Ze závěrů potom vychází individuální plán klienta, který by měl směřovat k dosažení spokojenosti klientů (Malíková, 2011). Orientace v individuálních potřebách klienta vede k co nejlepšímu poznání klienta, poznání jeho zájmů, hierarchie životních hodnot, tím k předcházení stresových situací.

Prvotní informace by měly pocházet z dostupných zdrojů, jako je propouštěcí zpráva z lékařského zařízení, dotazník, který je součástí žádosti o přijetí do zařízení, ze sociálního šetření v původním místě pobytu a od rodiny. Další informace by měly být poskytnuty samotným klientem, z rozhovorů s ním (Malíková, 2011).

Ke starým lidem bychom měli přistupovat individuálně, v klidu, s trpělivostí a dostatkem času. Předpokladem dobré spolupráce je získání důvěry. Musíme vysvětlit, proč jsou pro nás informace důležité a jaký smysl má individuální plán. Je třeba mít na mysli, že při jednom rozhovoru se vše neprojedná. Zjišťování potřeb klienta by se mělo rozdělit do několika etap, respektovat témata, o kterých nechce klient mluvit, otázky klást správně. (Klevetková, Dlabalová, 2008). Pro některé staré lidi je velmi důležité uspokojení jejich duchovních potřeb. I to by mělo být společně dobře naplánováno a zajištěno. Člověk s naplněnými duchovními potřebami je vyrovnaný, má v sobě vnitřní klid, umí chápat druhé a přijmout vše tak, jak to je, a ví, kde hledat odpovědi na své otázky (Malíková, 2011).

2.4 Možnosti předcházení zátěžových situací při práci se seniory

Sociální pracovníci by měli při své práci se seniory v pobytových zařízeních pomoci starým lidem zvládnout či zmírnit zátěžové situace, kterými jsou ohroženi. Již při příchodu do zařízení je třeba starého člověka o všem srozumitelně informovat, seznámit jej s novým prostředím, podpořit ho v navázání nových kontaktů a pomoci mu vytvořit si svůj nový domov. Starý člověk by měl dostat příležitost nadále vykonávat aktivity, které považuje za smysluplné a které jsou pro něj důležité. V tomto období jsou důležité informace, vzpomínky, předměty, které si sebou přinesl. Nezbytná je pomoc sociálního pracovníka propojit to, co bylo s tím, co je nyní. Sociální práce se seniory by měla směřovat ke zvládnutí nároků, které přináší pobyt v zařízení, především ke zmírnění či odstranění stresových situací, tím k předcházení možných psychosomatických problémů. Práce by měla pomoci především těm, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti (Matoušek, 2010).

Snížení či odstranění stresu se může promítnout úbytkem zdravotních problémů, větší soběstačností, zlepšením kognitivních funkcí, lepším psychickým stavem a emočním prožíváním. Může se zvýšit vlastní iniciativa klienta, jeho klid a schopnost vyjadřování. Klient se může cítit lépe, spokojeněji a tím lépe zvládá situaci, ve které se nachází (Malíková, 2011).

2.4.1 Metody a techniky sociální práce se seniory

U seniorů by mělo být prioritou udržování funkční tělesné schopnosti a další rozvíjení psychosociálních schopností a dovedností (Klevetová, Dlabalová, 20O8).

Zmírnění stresu či zátěže, které by mohly být u seniorů příčinou rozvoje psychosomatických nemocí, je možné pomocí některých metod a technik sociální práce. Uvádím některé metody a techniky pro práci se seniory:

Cvičení paměti by mělo oživit zájem o sebe, o jiné lidi, je možné zvýšit soustředění, vnímavost, pozornost, zapamatování a uchovávání informací. Cvičí se i zrak a sluch i orientační dovednosti. Cvičení se provádí ve skupinách, podporuje se tím i kontakt s ostatními lidmi. Ve skupině by měla být přátelská, uvolněná atmosféra a setkávání by mělo být pravidelné. Cvičení paměti by mělo oslovit seniory, kteří netrpí

demencí ani žádnou závažnou chorobou. Každému se poskytuje jistá míra sebepoznání a ocenění vlastních schopností. Důležité je i hodnocení výsledků (Pospíšilová, 1996).

Arteterapie se uplatňuje hlavně formou různých výtvarných aktivit. Výtvarné techniky usnadňují klientům vyjadřování jejich pocitů a mnohdy umožní rozpoznat některé těžko přístupné osobnostní rysy (Matoušek, 1999). Využívá se především arteterapie produktivní, při které klient sám vytváří díla. Nejčastěji se arteterapie používá při práci ve skupině, může i individuálně. Senioři si mohou při arteterapii zdokonalovat a zachovávat určitý stupeň motoriky. Práce také podporuje osobnostní rozvoj a dává smysl a náplň času strávenému prací, posiluje sebevědomí (Matoušek, 2003). Arteterapie je vhodná pro seniory, kteří se nesnadno slovně vyjadřují, kteří trpí psychózami nebo jsou emočně labilní (Matoušek, 1999).

Ergoterapie je využívaná u seniorů s ohledem na jejich věk, životní zkušenosti, fyzické schopnosti a individuální potřeby. Měla by podporovat a pomáhat udržovat samostatnost a nezávislost na druhé osobě. Prostřednictvím smysluplného zaměstnávání by se měly u seniorů zachovat a dále rozvíjet jejich dovednosti. Senioři mají při práci pocit potřebnosti a možnost seberealizace (Máhrová, Venglářová, 2008).

Zooterapie je využití zvířat jako terapeutického prostředku. Nejčastěji se k terapii využívají psi. Jedná se o aktivity, které mohou zlepšit správný psychosomatický vývoj. Jedná se tedy o aktivity v oblasti fyzické kondice a v oblasti psychické kondice. Zvíře dokáže snížit pocit osamocení či izolace. Zvíře snižuje pocit úzkosti, posiluje pocit bezpečí a člověka uklidňuje. Zvíře má potenciál brzdit rozvoj onemocnění spojených se stresem, jako je onemocnění věnčitých srdečních tepen nebo hypertenze (Odendaal, 2007). Starší lidé vítají rozptýlení a potěšení jakýmkoli zvířetem. V domově pro seniory je vhodné mít například klec s kanárky, u které se senioři potkávají a společným pozorováním dochází ke komunikaci mezi nimi, k navázání nových přátelství (Faleide, Lian, Faleide, 2010).

Reminiscence je využití vzpomínek seniorů a práce s nimi. Jde většinou o rozhovor s klientem, či skupinou klientů, o jeho dosavadním životě, dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím starých fotografií, předmětů, nástrojů, filmů a hudby. Při vzpomínání, což je základní vlastnost lidské psychiky, má člověk možnost znovuprožívat události svého života, přehodnocovat, bilancovat a předávat svou zkušenost. Mělo by dojít ke skutečnému sebepřijetí, udržení kontaktu se sebou samým i s okolím. Sdílením životních příběhů lze potlačit pocit osamělosti, sociální izolace a zapojit se do komunikace s ostatními klienty. Pokud starý

člověk potlačuje své nevyřešené vztahy, konflikty a křivdy může se objevit úzkost, beznaděj i zoufalství a pocit, že život neměl a nemá smysl. Starý člověk by měl mít dobrý pocit z toho, co v životě vykonal, i s jeho prohrami a nenaplněnými sny (Janečková, Vacková, 2010). Reminiscenční aktivity by měly probíhat při každodenním individuálním kontaktu s klienty. Posiluje se tím vztah mezi klientem a pečovateli. Starý člověk se tak stává člověkem s vlastní historií, se vztahy, které prožíval, stává se osobností, která si zaslouží lásku, úctu, respekt, zájem i soucit (Matoušek, 2010).

Validace se uplatňuje hlavně při práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí, především s demencí. Sociální pracovník by měl brát vážně veškeré projevy klienta a hledat příčiny těchto, mnohdy nepochopitelných projevů v jeho minulosti. Tím, že klientovy projevy přijímá, dává jeho chování smysl a cenu. Důležitý je pocit důvěry a bezpečí, věnování pozornosti, využívání doteků, parafrázování, zrcadlení, opakování vlastními slovy, empatie (Matoušek, 2010). Validace oslabuje neklidné a útočné chování, obviňování a naříkání. Uvolňuje se napětí z klientova podvědomí. Validace obnovuje sebeúctu člověka, snižuje stres, zlepšuje komunikaci a kvalitu života. Validace pomáhá člověku nalézt a vyrovnat se s prožitými traumaty a událostmi, vrací člověku pocit vlastní hodnoty (Malíková, 2011).

Preterapie je metoda, která umožňuje navázat kontakt a budovat vztah se seniory, kteří obtížně komunikují nebo nemohou komunikovat vůbec. Jde o důsledný přístup orientace na klienta (Matoušek, 2010). Klientovi umožňujeme pocit společného prožitku. Reflexí klientovi sdělujeme, že cítíme a vnímáme stejně jako on. Mluvíme o situaci, kterou společně vidíme, sdělujeme, co klient právě dělá a hledáme souvislosti s jeho dřívějším životem. Snažíme se porozumět pohybům, zvukům, výrazům tváře a hledáme smysl těchto projevů, současně je popisujeme (Klevetková, Dlabalová, 2008). Preterapie znamená bezpodmínečné přijetí klienta, empatii a kongruenci – přijetí samého sebe, stejně jako přijetí klienta. Pro starší zmatené klienty znamená preterapie navázání kontaktu, lepší orientaci v čase a prostoru. Preterapii lze zařadit do každodenní péče o klienty. Snižuje se tím především úzkost starého člověka, protože si uvědomuje co se s ním a kolem něho děje (Malíková, 2011).

Logoterapie. Kratochvíl (1997, s. 94) uvádí: „ Logoterapie pomáhá člověku najít východiska z jeho existenciální frustrace. Nechce vnutit nějaký životní smysl, nýbrž mu chce pomoci najít jeho vlastní osobní životní smysl v souladu s jeho osobností“. Znamená to dát životu starých lidí nový smysl, pomoci jim přijmout odpovědnost za

sebe a za svůj další život. Logoterapie by měla pomoci starým lidem dívat se do budoucnosti, opět plánovat, těšit se na další dny (Kratochvíl, 1997).

Bazální stimulace podporuje lidské vnímání. Vychází z uvědomění, že vnímání, pohyb a komunikace se navzájem ovlivňují. Lze ji použít u starých lidí, kteří mají postižené vnímání a poruchy hybnosti. Tato technika by měla poskytnout starým lidem podporu a umožnit jim vnímání, tím rozvíjet jejich vlastní identitu a navázání kontaktu s okolím. Pracovník by měl respektovat autonomii člověka, měl by dbát na kvalitu doteků při péči i na prvky neverbální komunikace. Bazální stimulace může zprostředkovat vjemy z vlastního těla, podporuje uvědomění si pohybů hlavy, slouží ke stimulaci kožních receptorů pro vnímání vibrací, navozuje komunikaci pomocí zraku, chuti, čichu i sluchu (Malíková, 2011).

Základním předpokladem pro práci sociálního pracovníka, zejména se starými lidmi, jsou komunikační kompetence. Komunikační kompetence označuje schopnost člověka předat někomu zprávu přijatelně rychle a správně (Vybíral, 2000). Přístup k člověku v seniorském věku by měl být partnerský a nediskriminující. Komunikace se staršími lidmi by měla vycházet z celkového vnímání jejich osoby jako rovnocenných a rovnoprávných jedinců, kteří si i přes různé obtíže a znevýhodnění zaslouží respekt, úctu a vstřícnost (Slowík, 2010).

2.4.2 Komunikace se seniory

Důležitým nástrojem sociálního pracovníka v individuální práci se seniory je rozhovor. Staří lidé mají velkou potřebu vyprávět svůj životní příběh, hodnotit, řešit své problémy, a to i tehdy, jsou - li omezeni ve svých možnostech komunikovat (Matoušek, 2010). Starý člověk potřebuje, abychom si dokázali najít čas a naslouchali mu. Starý člověk potřebuje sdělit, co ho trápí, ulevit si nahlas a uvolnit tak napětí, které by mohlo být příčinou psychických potíží (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Reakce starších lidí se zpomalují a tomu je třeba přizpůsobit i tempo řeči, hlasitost a artikulaci. Vždy volíme komunikaci s ohledem na zdravotní postižení, osobnosti, druhu a závažnosti konkrétních vad nebo poruch. Důležitá je i taktilní komunikace. Nejdůležitější, ve smysluplné komunikaci se staršími lidmi, je naslouchání (Slowík, 2010). Mezi další kritéria úspěšné komunikace se starými lidmi patří jednoduchost, stručnost, zřetelnost, vhodné načasování, přizpůsobivost, vstřícnost, dostatek času, úcta, důvěryhodnost a ochota dávat a přijímat. Sociální pracovník by měl

ovládat komunikační dovednosti jako je reflexe (odezva), sumarizace, povzbuzování, empatie i mlčení (Malíková, 2011).

2.4.3 Komunikační problémy starších osob

Komunikace se seniory je ovlivněna mnoha okolnostmi. Je to především věk, vzdělání, výchova, konkrétní situace, prostředí a zkušenosti (Malíková, 2011).

Specifika komunikace jsou dána přirozenými fyziologickými změnami organismu i patologickými procesy, které se v pokročilém věku objevují. Komunikační problémy mohou být spojeny se sluchem – snížená citlivost, snížená schopnost porozumění řeči v horších akustických podmínkách. V oblasti řeči se snižuje rychlost a schopnost slovního vyjadřování a schopnost chápání širších souvislostí, snižuje se efektivita vyjadřování a porozumění dlouhým sdělením. Zvyšuje se soustředění na téma a slovní opisování. Zhoršuje se artikulace a dechová dostačivost při mluvení, snižuje se tempo mluvy. Zhoršuje se také kvalita hlasu. Všechny příznaky jsou velmi individuální. Někdy souvisejí komunikační problémy s degenerativním onemocněním centrální nervové soustavy, nejčastěji při Alzheimerově chorobě či v důsledku cévních mozkových příhod (Slowík, 2010). Také komunikace ve stresu se často vyznačuje zvýšeným tempem, chaotičností, rychlostí úsudku a emocionálním zabarvením. Zrychlené tempo vydrží stresovanému člověku obvykle jen na začátku komunikace. Pod vlivem stresu však nemusí dostatečně pohotově reagovat, rozčiluje se (Vybíral, 2000).

Sociální pracovníci se v zařízeních setkávají i s nekomunikujícími klienty, s klienty, kteří mají omezené možnosti, jak sdělit okolí své potřeby. Při komunikaci je třeba používat vhodné komunikační prostředky, techniky a způsoby. Je nutné najít pro každého klienta vhodnou formu komunikace. Možné formy komunikace - využití elektronických komunikačních tabulek, piktogramy, znaková řeč, makaton. V maximální míře by se měly používat prvky haptiky (Malíková, 2011).

3 Praktická část práce

Praktická část bakalářské práce spočívá v kvalitativním průzkumu, který jsem prováděla metodou rozhovoru.

Rozhovor je taková technika terénního sběru informací, při které jsou potřebné informace od respondentů získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek kladených v rozhovoru tváří v tvář nebo telefonicky (Kozlová, 2007).

Zaměření rozhovoru bylo individuální. Použila jsem metodu polostrukturovaného rozhovoru.

Uvedu stručný obsah rozhovorů, které jsem vedla se sociálními pracovnicemi. V závěru provedu analýzu jednotlivých odpovědí respondentek.

O sociálních pracovnicích píši v ženském rodě, protože většinu tvoří ženy. Pouze v jednom zařízení pracuje jako sociální pracovník muž.

3.1 Výběr respondentů

Respondentky, se kterými jsem vedla rozhovory, pracují jako sociální pracovnice v pobytových zařízeních pro seniory v okrese Kroměříž. Jedná se o šest domovů pro seniory a o tři domovy se zvláštním režimem. Respondentky jsem kontaktovala telefonicky a dohodli jsme termín moji návštěvy.

Rozhovory probíhaly v zařízeních pro seniory, v kancelářích sociálních pracovnic. Na moje otázky odpovídaly ochotně. Pokud některým otázkám nerozuměly, vždy jsem vše vysvětlila.

3.2 Rozhovory se sociálními pracovnicemi

Uvedené rozhovory představují odpovědi sociálních pracovnic na jednotlivé otázky. Jejich vlastní práci, jejich postavení a roli v daném zařízení. Rozhovory probíhaly během měsíce června 2011. Pouze s jednou sociální pracovnicí jsem se nesešla, před dohodnutou schůzkou musela odjet mimo zařízení. Rozhovor proběhl telefonicky.

Z důvodu diskrétnosti jsem názvy a místa jednotlivých zařízení neuváděla, také jsem neuváděla jména sociálních pracovnic.

3.2.1 Domov pro seniory č. 1

V tomto zařízení je poskytována péče osmdesáti klientům. Působí zde jedna sociální pracovnice.

Působení zátěžových situací jako psychických traumat, si uvědomuje, ne však vždy. Je to hlavně v souvislostech při přijímání starých lidí do nového prostředí. Vnímá, jak někteří lidé nesou velmi těžce odloučení od domova, od svého prostředí. Jedná se hlavně o staré lidi, co měli doposud svou domácnost a nějakým způsobem se snažili sami hospodařit. Je na nich vidět strach, obavy z neznámého a na některých i rezignace a apatie. Nedává si však do souvislosti jejich zdravotní problémy s těmito situacemi.

O psychosomatických onemocněních neslyšela. Připouští, že je možné, aby měly tyto situace vliv na zdraví. Vliv na psychiku seniorů tyto situace určitě mají.

S klienty domova přichází do styku při jejich příchodu do domova, při předávání důchodů a při vyřizování nezbytné administrativy. S některými se vídá v zařízení během dne, kdy spolu krátce promluví. Neúčastní se žádné organizované činnosti, pouze zajišťuje na požádání výlety. Je ve styku s rodinami klientů, především ohledně zajištění financí na péči a vyřizuje pozůstalost. Neprovádí ani sociální šetření před přijetím klientů do domova. Nevede pořadník zájemců. Nijak se seniory nepracuje.

Tak, jak si já představuji práci sociální pracovnice, na to nemá čas a ani vzdělání. Nikdo to po ní nikdy nechtěl.

Porad vedení domova se účastní, informuje ostatní hlavně o finančních záležitostech klientů, o problémech a řešení administrativních věcí, jako je zvyšování příspěvků na péči, doplatky rodin na péči, placení za léky. Společně posuzují žádosti a rozhodují o přijetí do domova.

3.2.2 Domov pro seniory č. 2

V tomto domově žije 136 seniorů. Pracuje zde jedna sociální pracovnice.

Působení zátěžových situací na zdraví seniorů nevnímá, pracuje pouze v kanceláři, neví, jaké zdravotní problémy klienti mají. Od toho je tu zdravotní úsek, který řeší tyto věci. Ona sama se stará o příjmy klientů, o potřebné doplatky od rodin, vyřizuje všechny administrativní věci týkající se klientů. Vyřizuje pozůstalost. Sociální šetření před přijetím klienta neprovádí, vše podstatné má uvedené v žádosti o přijetí. Neví, jak by ona sama mohla pomoci předcházet psychosomatickým problémům klientů. O takových problémech neslyšela.

Do styku s některými klienty přichází při výplatě důchodů, jinak pouze při výjimečných událostech – vánoční, velikonoční posezení, mikulášská apod. O jednotlivých klientech, pokud je třeba, je informována pracovníky na poradách. Jedná se o hospitalizace, úrazy, onemocnění, pořizování kompenzačních a rehabilitačních pomůcek.

Sociální pracovnice je zároveň i zástupkyní vedoucí zařízení. Pracovní tým vidí jako užší vedení zařízení, které sestává z pěti lidí, řídí ho vedoucí zařízení.

3.2.3 Domov pro seniory č. 3

Zde pečují o 126 starých lidí. Je zde jedna sociální pracovnice.

Psychická traumata klientů v zařízení nevnímá, připouští, že mohou mít vliv na zdraví starých lidí. Má za to, že je to zcela v kompetenci pracovnic zdravotního úseku. O psychosomatických problémech četla, nedovede posoudit, nakolik je tato otázka aktuální u nich v domově. Všichni pracovníci se snaží o to, aby byli klienti spokojeni – v tom vidí předcházení stresových situací. Klienti i rodinní příslušníci mají možnost vyjádřit se ke všemu, s čím nejsou spokojeni. Vším se potom příslušný personál zabývá. Jinou, odbornou práci s některými klienty, pokud by měli psychické problémy, by měl řešit psychiatr, ale i to je záležitost zdravotníků.

Sociální pracovnice s klienty nepracuje. Setkává se s nimi při vyplácení důchodů, a pokud ona či klienti potřebují cokoli v oblasti administrativy. Stará se společně s účetní zařízení o finanční stránku klientů. Práci sociální pracovnice, jak ji já vidím, by podle ní muselo vykonávat několik lidí, ale na to nejsou peníze.

Porad vedení se účastní. O čem je třeba, tak ji příslušní pracovníci informují. Spolurozhoduje o přijetí do domova na základě žádosti.

3.2.4 Domov pro seniory č. 4

V tomto domově pro seniory je 56 klientů. Zaměstnána je tu jedna sociální pracovnice.

Dopad zátěžových situací na zdraví starých lidí si uvědomuje. Vidí denně, jak někteří senioři těžce snáší pobyt v domově, jak „jsou zlí“, protože je jejich tělo neposlouchá jako dříve. Hlavně při příchodu některých lidí je to hodně těžké. Někteří se uzavírají do sebe, nechtějí komunikovat, chtějí zemřít.

O psychosomatických problémech doposud neslyšela. Ale určitě jim tyto stavy na zdraví nepřidávají. Sama se snaží každý den mezi obyvatele domova zajít, popovídat si, zeptat, jak se jim daří. Denně je potkává, někteří ji sami vyhledávají, vždy se snaží najít si pro ně chvilku. Snaží se být se všemi klienty v kontaktu. Myslí si, že případný stres klientů může svou přítomností alespoň na chvíli zmírnit. Jako sociální pracovnice se s budoucími klienty setkává už při sociálním šetření před umístěním do domova. Vede pořadník všech zájemců o jejich službu, sama je přijímá a ubytovává je v domově. Snaží se být v kontaktu s rodinami klientů. Samozřejmostí je i účast na různých akcích pořádaných pro jejich klienty. Důchody se nezabývá, to má v kompetenci účetní. Vyřizuje však potřebné sociální dávky.

Sociální pracovnice působí jako zástupkyně ředitele zařízení, společně s ředitelem a ostatními vedoucími pracovníky se pravidelně setkává a řeší problémy. Společně posuzují žádosti o přijetí.

3.2.5 Domov pro seniory č. 5

Tento domov pro seniory je nejmenší, má kapacitu 19 míst. Sociální pracovnice zde pracuje na půl úvazku. Má vysokoškolské vzdělání.

Ohrožení zátěžovými situacemi u všech klientů nevnímá. Jsou malé zařízení, rodinného typu a většina starých lidí se velmi dobře přizpůsobila a nemají problémy. Některým trvá déle, než se zabydlí, některým je líto, že za ním nejezdí rodina tolik jako za jiným, jiný se nemůže tak rychle zorientovat v budově. Mezi klienty je denně a snaží se pomoci při těchto „potížích“ především zájmem, rozhovorem, pořádá odpolední posezení u kávy či čaje, společně se snaží plánovat si další den a společné aktivity. O psychosomatických problémech četla, nemyslí si, že jsou u nich v zařízení klienti v takovém stresu, že by to mělo vážné dopady na zdraví.

I když své působení mezi klienty nevnímá jako nějak zvláště odbornou práci, sama vzpomněla validaci a práci se vzpomínkami. Považuje za zcela běžné, že mají senioři na svých pokojích třeba i „své“ křeslo z bývalého domova, obrázky, fotky.

Před přijetím do domova sama provádí sociální šetření, žádosti jsou uloženy a evidovány u ředitele domova. Společně s účetní se stará o finanční stránku klientů.

Spolu s ředitelem a vedoucí zdravotního úseku tvoří tým, ve kterém společně rozhodují o všem důležitém.

3.2.6 Domov pro seniory č. 6

Tento domov pro seniory je zřízen společně s denním stacionářem a odlehčovací službou v rámci Centra pro seniory. Domov pro seniory má 178 klientů.

Sociální pracovnice jsou tu dvě. Obě mají vysokoškolské vzdělání. Jedna je vedoucí sociální pracovnicí, patří do týmu vedoucích pracovníků, kteří v čele s ředitelem rozhodují o všem podstatném. Podléhají ji i pracovníci v sociálních službách (společné vedení s vedoucí zdravotního úseku), má ve své režii praxi studentů a vede druhou sociální pracovnici. Vedoucí sociální pracovnice provádí sociální šetření u budoucích klientů, vede pořadník zájemců. Spolu s kolegyní vyřizují pozůstalost a jsou v kontaktu s rodinami. O finance se starají účetní.

Zátěžové situace vnímá jako velmi negativní, setkává se s různými problémy starých lidí. Jde hlavně o pocity osamělosti, nezájmu rodin, odmítání aktivit. Největší zátěž vidí při nastěhování, kdy nové prostředí a cizí lidé kolem některé staré lidi zcela matou. Někteří si dlouho nemohou zvyknout. Psychosomatické problémy u starých lidí jsou určitě časté, ona je natolik nevnímá, protože je řeší zdravotníci. Jako psychosomatické onemocnění si představuje bolest hlavy, nechuť k jídlu.

Druhá sociální pracovnice si myslí, že stres hraje velkou roli v oblasti zdraví lidí. Je však přesvědčena, že jí společně s klíčovými pracovníky daří zátěžovým situacím u klientů předcházet.

Předcházení stresům a jejich zmírňování řeší pomocí klíčových pracovníků, kteří jsou také podřízeni sociálnímu úseku. Každý klíčový pracovník, jsou to vysokoškolsky vzdělaní lidé v oborech pedagogiky, má dvacet seniorů, o které se „stará“. Právě tito klíčoví pracovníci mají dbát, aby se klienti co nejméně setkávali se stresem, mají je provázet po celý jejich pobyt v zařízení, je na nich aktivizace seniorů, organizace výletů, pobytů. Dalo by se říci, že klíčoví pracovníci zde provádějí práci sociálních pracovníků.

3.2.7 Domov se zvláštním režimem č. 1

V domově se zvláštním režimem je poskytována péče 54 seniorům. Pracuje zde jedna sociální pracovnice, DiS.

Zátěžové situace u klientů nevnímá. Myslí si, že je to dáno horším zdravotním stavem, ve kterém jsou senioři do domova se zvláštním režimem přijímáni. Jedná se o pokročilá stadia demencí, hlavně Alzheimerovy choroby. Nemoc, u těchto lidí, nedává

tolik prostoru pro projevy samotných stresových situací. Zda je například zmatenost důsledek dezorientace z nového prostředí či projev samotné nemoci, nelze říci. Psychosomatické onemocnění chápe až po vysvětlení.

Ona sama se seniory nepracuje, odbornou péči, aktivizaci, ergoterapii, muzikoterapii, cvičení paměti a léčbu mají v kompetenci odborně vyškolení pedagogičtí a zdravotní pracovníci, často společně s pomocí vyškoleného ošetřovatelského personálu.

Porad vedení se spolu s ostatními vedoucími pracovníky účastní, společně posuzují žádosti o přijetí, řeší co je třeba.

3.2.8 Domov se zvláštním režimem č. 2

V domově žije 50 seniorů s diagnosami různých psychiatrických onemocnění. Pracuje v něm jedna sociální pracovnice, odborné vzdělání si doplňuje studiem VŠ.

Zátěžové situace a jejich vliv na zdraví se u jejich klientů projevují velmi intenzivně. U některých klientů s psychiatrickými diagnosami se jakákoli změna v jejich okolí – nový obyvatel domova, přemístění do jiného pokoje, nový pracovník, narušení zaběhlých činností atd. projeví na jejich zdravotním stavu. Všichni zaměstnanci se snaží pracovat tak, aby takových zátěžových situací bylo v životě klientů co nejméně.

Psychosomatické problémy či onemocnění – neví, co si má představit. Neslyšela o nich. Po vysvětlení, si myslí, že stres má velký vliv na zdraví lidí, hlavně jejich klientů. Jak se však konkrétně projevuje na zdraví, neví.

S klienty odborně nepracuje, nepoužívá žádnou speciální metodu ani techniku. I když je teoreticky zná ze školy. Jejich klienti jsou v péči psychiatrických odborníků. Svůj přínos v možném předcházení stresů u klientů vidí ve vlídném a klidném přístupu, v klidných rozhovorech, pokud o ně klienti stojí. Sama se s klienty setkává při sociálním šetření, což je většinou v psychiatrické léčebně, odkud k nim většina klientů přichází. Dále při výplatě důchodů, vyřizuje sociální dávky, vyhledává rodiny a snaží se o kontakt mezi klienty a rodinami. Při příchodu do domova často nemají senioři s rodinou žádný kontakt. Účastní se také akcí pořádaných u nich v domově. Pomáhá organizovat výlety, rekreace.

Pravidelně se účastní porad s ředitelem a vedoucími pracovníky domova. Jsou to pro ni hlavně potřebné informace. Hlavní slovo v různých rozhodováních má ředitel.

3.2.9 Domov se zvláštním režimem č. 3

Kapacita domova je 38 klientů. Je zde zaměstnán jeden sociální pracovník, DiS. Zátěžové situace vnímá jako velmi negativní zkušenost starých lidí. Samozřejmě tyto stresové situace mohou mít vliv na psychosomatické problémy či onemocnění. Protože jsou v domově klienti s demencemi, sám mnohdy neví, jestli některé situace, i stresové, přičíst onemocnění či jiným příčinám. Samotné zdravotní problémy řeší odborní lékaři. Nezaregistroval, že by někdy označovali některá onemocnění jako psychosomatická.

Celý tým pracovníků je proškolen pro práci s lidmi s demencí. V tom vidí hlavní prevenci stresových situací. V klidném, jasném a klientům srozumitelném jednání, bez zbytečných omezení, změn a v přiměřených nárocích pracovníků i prostředí vidí ten správný směr jejich společné práce. Jednotliví pracovníci jsou vyškoleni pro ergoterapii a pro cvičení paměti. Pravidelně probíhá canisterapie.

Práce sociálního pracovníka spočívá v provádění sociálního šetření, sestavování individuálních plánů péče, vyřizování sociálních dávek, pozůstalostí. Organizuje různé společenské akce. Je zástupcem vedoucí domova, která má také odborné vzdělání sociálního směru. Jako o pracovním týmu mluví o všech zaměstnancích domova. Nedokáže si představit, že by se vzájemně neinformovali a že by společně nerozhodovali, ať už o čemkoli. Myslí si, že všechny klienty zná, denně je potkává a vždy si pro ně najde čas.

3.3 Analýza odpovědí

Analýza zjištěných odpovědí je provedena podle jednotlivých otázek, na které respondentky odpovídaly. Analýza by měla dát jasné odpovědi směřující k cíli práce.

Otázka č. 1: Počet klientů v pobytovém zařízení pro seniory a počet sociálních pracovníků.

V pobytových zařízeních pro seniory na okrese Kroměříž je v domovech pro seniory celkem 595 klientů. S těmito klienty pracuje 6,5 sociální pracovnice, což znamená, že na jednu sociální pracovnici připadá 91,5 klienta.

V domovech se zvláštním režimem je 142 seniorů. Věnují se jim 3 sociální pracovníci. Znamená to 47 klientů na jednoho sociálního pracovníka.

Celkem je na okrese Kroměříž v pobytových zařízeních pro seniory 737 klientů. Pro práci s nimi je v zařízeních 9,5 sociálního pracovníka, připadá 77,5 klienta.

Otázka č. 2: Uvědomuje si dopad některý zátěžových situací na zdraví starých lidí.

Dopad psychických traumat na zdraví starých lidí vidí většina sociálních pracovnic, celkem pět. Dokázaly některé situace i popsát. Jedna sociální pracovnice je, po zamyšlení, připouští.

Vliv zátěžových situací na zdraví seniorů nevnímají čtyři sociální pracovnice. U tří sociálních pracovnic je jejich náplň práce soustředěna pouze na administrativu. Jedna nedokáže posoudit, zda zdravotní stav klientů je ovlivněn stresem, nebo jejich diagnozou.

Otázka č. 3: Myslí si, že předcházením či zmírňováním zátěžových situací v životě seniorů může předejít možným psychosomatickým problémům.

Žádná sociální pracovnice se nesetkala ve svém zaměstnání s pojmem psychosomatické onemocnění. Pět sociálních pracovnic nevědělo, co si pod tím představit. Ostatní věděli, o co se jedná (škola, literatura).

Na otázku „nevím“ odpověděly dvě sociální pracovnice. Souvislost mezi stresem a možnými zdravotními problémy připustilo osm pracovnic.

Působení zátěžových situací v takové míře, aby ohrožovaly zdraví seniorů v jejich zařízení, nepřipouští tři sociální pracovníci.

Psychosomatické problémy či onemocnění by měli podle tří sociálních pracovnic řešit odborní zdravotničtí pracovníci, případně psychiatři.

Otázka č. 4: Snaží se svou prací zmírnit zátěžové situace u seniorů. Pokud ano, tak jak, jaké metody a techniky používá.

Přímo se seniory nepracuje na zmírňování zátěžových situací sedm sociálních pracovnic. Dva sociální pracovníci se snaží s klienty být v kontaktu, především díky rozhovorům, vstřícnosti, posezením. V tom vidí svou práci na zmírňování stresu, špatné nálady, mrzutosti. Jedna pracovnice vzpomněla validaci a důležitost vzpomínek. Žádná sociální pracovnice nevidí svou práci v denní konkrétní a plánované práci se seniory.

Jedna pracovnice vidí svou práci na předcházení zátěžových situací v co nejčastějším kontaktu se seniory, v aktivizaci, v neustálém zájmu o starého člověka. Působí v zařízení, kde se jim to snad daří, protože práci sociálních pracovníků zde suplují klíčoví pracovníci, každý se věnuje 25 seniorům.

Otázka č. 5: Je členem pracovního týmu, který řeší společně jednotlivé problémy. Jakou roli v týmu zastává.

Mimo jednu sociální pracovnici, jsou ostatní sociální pracovníci členy širšího pracovního týmu, vedení zařízení. Účastní se spolu s ostatními vedoucími pracovníky porad vedení. Spolurozhodují o přijímání nových obyvatel zařízení. Pouze v jednom případě má rozhodující slovo ředitel. Jinak se jedná, podle nich, o týmovou spolupráci.

Tři sociální pracovníci jsou zároveň zástupci vedoucího zařízení či ředitele.

Jen v jednom zařízení vidí sociální pracovník jako pracovní tým všechny zaměstnance domova a jejich společný zájem.

Celkem v pěti pobytových zařízeních pro seniory vykonává sociální pracovnice pouze administrativní práce. Jejich kontakt se seniory je omezen na minimum, většinou se setkávají s některými seniory jen při předávání důchodů. Jedná se především o velká zařízení, kde se počet klientů pohybuje i přes sto klientů.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem na základě studia dostupné literatury vysvětlila psychosomatické nahlížení na člověka. Možnost působení některých zátěžových situací v životě seniorů na možné psychosomatické problémy. Uvedla jsem některé metody a techniky práce sociálního pracovníka se seniory, které by mohly pomoci zmírnit či odstranit působení zátěžových situací a tím pomoci odstranit či zmírnit možné psychosomatické problémy. Upozorňuji i na význam správné komunikace se starými lidmi, protože si myslím, že právě umění komunikace s lidmi pokročilého věku je základem správné péče.

První kapitolu jsem věnovala vysvětlení psychosomatického pohledu na člověka. Na to, jak je důležité pohlížet na staré lidi ve všech souvislostech života. Jak ovlivňuje psychika člověka tělesné projevy a naopak. Jak mohou některé zátěžové situace působit velmi negativně na psychiku a tím i na zdraví, zejména v pokročilém věku, kdy není organismus již tak adaptabilní. Druhá kapitola popisuje působení sociálního pracovníka v zařízení pro seniory. Jeho nezastupitelné místo při práci a komunikaci se starými lidmi a jeho možnosti práce při zmírňování psychických traumat seniorů v pobytových zařízeních. V první polovině praktické části uvádím rozhovory se sociálními pracovníky jednotlivých pobytových zařízení pro seniory v okrese Kroměříž. Jedná se o šest domovů pro seniory a tři domovy se zvláštním režimem. Druhá část poskytuje analýzu jednotlivých odpovědí na dané otázky.

Z analýzy rozhovorů vyplynulo, že si sociální pracovnice (pouze jeden muž) zátěžové situace u seniorů uvědomují. Vliv zátěžových situací na zdraví připouští většina sociálních pracovnic. Většina sociálních pracovnic se s psychosomatickými onemocněními nesetkala, nevěděli, co si pod tímto představit. Po vysvětlení by třetina sociálních pracovnic psychosomatické problémy nechala k řešení zdravotnímu úseku, případně lékařským specialistům. Z toho vyplývá i práce sociálních pracovníků se seniory na zmírnění stresových zátěží. Se seniory nepracuje přímo 73 % sociálních pracovnic. Celkem v pěti pobytových zařízeních vykonává sociální pracovnice spíše administrativní práci a její kontakt se seniory je omezen na minimum. Přesto jsou sociální pracovnice členkami širších týmů vedení.

Z výsledků mé práce vyplývá, že hlavní pracovní náplň sociálních pracovnic v pobytových zařízeních tvoří administrativní práce (dokumentace, dávky, důchody, kontakt s úřady, řešení pozůstalostí), přijímání seniorů do zařízení a kontrakt se

seniorem. Tolik potřebná sociální práce se seniory, pokud je prováděna, je přesouvána na pracovníky v sociálních službách, případně na pedagogicky vzdělané pracovníky. Hlavním problémem jsou velké počty klientů v jednotlivých zařízeních. Na jednoho sociálního pracovníka v pobytových zařízeních připadá v průměru 77,5 klienta.

Bakalářská práce měla zjistit, nakolik sociální pracovníci svou odbornou prací pomáhají předcházet či zmírňovat zátěžové situace, tím předcházet možným psychosomatickým onemocněním. Vzhledem k vysokému počtu klientů na jednu sociální pracovnici ve velkých zařízeních není odborná práce se seniory vůbec možná. V zařízeních, kde je počet klientů menší, je i kontakt se seniory větší a snaha o zmírňování stresových situací a odborné práce se seniory je možná.

Bakalářská práce mi potvrdila, že i v dnešní době jsou sociální pracovnice brány a chápány jako administrativní síly. Otazníkem je, proč se seniory sociální pracovníci nepracují, proč je tato oblast jejich možného působení opomíjena. Svou odbornou prací by jistě zkvalitnili pobyt seniorů v domovech a pomohli předejít mnoha stresovým situacím.

V posledních letech, kdy se klade důraz především na deinstitucionalizaci velkých sociálních zařízení a přednost by měly mít se domovy rodinného typu, byly v okrese postaveny tři velké domovy pro seniory. Počet klientů v nich přesahuje počet sto a další podobný má být otevřený začátkem roku 2012. Pokud je, v takovém zařízení, zaměstnána jedna sociální pracovnice není v jejích silách, i pokud by se chtěla věnovat odborné práci se seniory, aby tuto práci zvládala. Je nutné, aby vedoucí pracovníci těchto zařízení spolu s provozovateli začali chápat rozsah a důležitost působení sociálních pracovníků v těchto zařízeních. Aby byla profese sociálního pracovníka i v naší společnosti zásadně přehodnocena.

Bibliografie

Literatura:

BAŠTECKÁ Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2003. 416 s.
ISBN 80-7178-735-3.

BEDNÁŘ Martin. *Plánované změny zákona o sociálních službách a jeho výsledky.* In Spravedlnost a služba III. Olomouc: Caritas – VOŠs, 2008. 128 s.
ISBN 978-80-254-3383-6.

DANZER Gerhard. *Psychosomatika – Celostný pohled na zdraví těla a duše.* 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2001. 248 s.
ISBN 80-7178-456-7.

FALEIDE Asbjorn O., LIAN Lilleba B., FALEIDE Eyolf K. *Vliv psychiky na zdraví,* podtitul. *Soudobá psychosomatika.* 1. vydání. Praha: GradaPublishing, a.s., 2010. 240 s. ISBN 82-450-0127-9.

GREGOR Ota. *Když se řekne psychosomatika.* Dostupné: http// www.zdrava-rodina.cz/zr/02_99/ zr 299_4.htm (6. 5. 2011).

HANUŠ Petr, *Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný.* In Sociální práce. České Budějovice: ASVSP, 2007. Ročník 1/2007.s. 5. Dostupné: www.socialniprace.cz (6. 7. 2011).

HOŘEJŠÍ Jaroslav. *Moc a nemoc medicíny.* 1. vydání. Praha: Makropulos, 1998. 326 s. ISBN 80-86003-16-7.

JANÁČKOVÁ Laura. *Psychologický mechanismus prožívání nevěry a její psychosomatické projevy.* In Lékařské listy, příloha Zdravotnických novin. Ročník č. 08/ 2010. s. 29.

JANEČKOVÁ Hana, HNILICOVÁ Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví.* 1. vydání. Praha: Portál, 2009. 296 s.
ISBN 978-80-7367-592-9.

JANEČKOVÁ Hana, VACKOVÁ Marie. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory.* 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 152 s.
ISBN 978-80-7367-581-3.

KALVACH Zdeněk. *Geriatrické aspekty psychosomatické medicíny.* Dostupné: http//www.psychosomatika.xf.cz/ (20.6. 2010).

KALVACH Zdeněk, ZADÁK Zdeněk, JIRÁK Roman, ZAVÁZALOVÁ Helena, HOLMEROVÁ Iva, WEBER Pavel a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient,* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 336 s.
ISBN 978-80-247-2490-4.

KLEVETKOVÁ Dana, DLABALOVÁ Irena. *Motivační prvky při práci se seniory.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 208 s.
ISBN 978-80-247-2169-9.

KOŘENEK Josef. *Lékařská etika.* 1. vydání. Praha: Nakladatelství TRITON, 2002. 276 s. ISBN 80-7254-235-4.

KOZLOVÁ Lucie. *Metody výzkumu v sociální práci.* České Budějovice: Jihočeská universita v Českých Budějiovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2007.

KOPŘIVOVÁ Jana. *Psychologie týmové spolupráce.* In Sociální práce. České Budějovice: ASVSP, 2008. Ročník 1/2008, s. 127. Dostupné: http//www.socialniprace.cz/ (2.5.2011).

KRATOCHVÍL Stanislav. *Základy psychoterapie.* 1. vydání. Praha: Portál, s. r. o., 1997 ISBN 80-7178-179-7.

KŘVOHLAVÝ Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem*. 2. přepracované vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví Brno, 1995. 155 s.
ISBN 80-7013-187-X.

KUBALČÍKOVÁ Kateřina. *Jak v praxi spolupracují a jak mohou spolupracovat stoupenci různých pojetí sociální práce.* In Sociální práce. České Budějovice: ASVSP, 2009. Ročník 3/2009. 4. s.

MALÍKOVÁ Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha:Grada Publishing, a. s., 2011. 328 s.
ISBN 978-80-247-3148-3.

MÁHROVÁ G., VENGLÁŘOVÁ Marie a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* 1. vydání. Praha: Grada Puglishing, 2008. 168 s.
ISBN 978-80-247-2138-5.

MASTILIAKOVÁ Dagmar. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 164 s.
ISBN 80-7013-277-9.

MATOUŠEK Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?* 2. rozšířené a upravené vydání. Praha: Portál, 1997. 136 s.
ISBN 80-7178-314-5.

MATOUŠEK Oldřich. *Slovník sociální práce.* 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK Oldřich. *Sociální práce v praxi.* 2. vydání. Praha: Portál, s.r.o. 2010, 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK Oldřich, *Rodina jako instituce a vztahová síť,* 3. přepracované vydání. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. 153 s.
ISBN 80-86429-19-9.

ODENDAAL Johannes. *Zvířata a naše mentální zdraví – proč, co a jak.* 1. vydání. Praha: Nakladatelství Brázda, 2007. 176 s.
ISBN 978-80-209-0356-3.

PONĚŠICKÝ Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. 1. vydání. Praha: TRITON, 2002. 113 s.
ISBN 80-7254-216-8.

POSPÍŠILOVÁ Anna. *Cvičení paměti ve vyšším věku.* 1. vydání. Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, pro Projekt OLSEKT. Praha: nakladatelství JAN, 1996. 108 s.
ISBN 80-85529-19-X.

PRAŠKO Ján, PAŠKOVÁ Beata, PRAŠKOVÁ Hana, ZÁLESKÝ Richard, *Nadměrné obavy o zdraví*, 1. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2004. 132 s.
ISBN 80-7178-881-3.

RŮŽIČKA Jiří. *Psychosomatický přístup k člověku.* 1. vydání. Praha: TRITON, 2006. 316 s. ISBN 80-7254-750-X.

SLOWÍK Josef, *Komunikace s lidmi s postižením,* 1. vydání. Praha: Portál 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-691-9.

SOKOL Radek, TREFILOVÁ Věra. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb.* 1. vydání. Praha: ASPI, 2008. 444 s.
ISBN 978-80-7357-316-4.

ŠAVLÍK Jiří a kol. *Psychosomatika v léčebné praxi.* Dostupné: http//www.psychosomatika.xf.cz/ (29. 12. 2010).

ŠAVLÍK Jiří, HNÍZDIL Jan, HOUDEK František. *Jak léčit nemoc šílené medicíny.* Praha: Nakladatelství A. Šťastný, 2008. 284 s.
ISBN 978-80-86739-33-5.

ŠIMR Karel. *Zážitek neštěstí, ztráty blízkého vzbuzuje duchovní potřeby u každého člověka.* In Sociální práce. České Budějovice: ASVSP, 2008. Ročník 4/2008. 15-16. s. Dostupné: www.socialniprace.cz (6. 7. 2011).

VÁGNEROVÁ Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2008. 872 s.
ISBN 978-80-414-4.

VYMĚTAL Jan. *Lékařská psychologie.* 3. aktualizované vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2003. 385 s.
ISBN 80-7178-740-X.

VYBÍRAL Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. 1. Vydání. Praha: Portál 2000. 264 s. ISBN 80-7178-291-2.

Prameny:

Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Dostupné: http// www.mpsv.cz/sc/5045 (6.7.2011)

Odpovědi respondentek

Psychosomatická klinika. *Proč je psychosomatika užitečná a jak pomáhá.* Dostupné: http//www.psychosomatika.cz/psy 01 asp. (16. 2. 2011).

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/ 2006 Sb.

Anotace

Jméno a příjmení:	Jana Horníčková
Katedra:	Katedra křesťanské a sociální práce CMTF UP v Olomouci
Vedoucí práce:	Mgr. Miroslava Petřeková
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Znalosti sociálních pracovníků v oblasti předcházení psychosomatických problémů u seniorů formou zmírňování zátěžových situací vlastní intervencí.
Název v angličtině:	Social workers attainments in the area of prevention psychosomatic problems of seniors by means of own intervention in stressing situations reduction.
Anotace práce:	Úvod bakalářské práce vysvětluje význam psychosomatického přístupu v péči o starého člověka a působení některých zátěžových situací na zdraví. Další část je věnována sociální práci v pobytových zařízeních pro seniory a činnosti sociálních pracovníků, zejména v oblasti předcházení a zmírňování některých zátěžových situací. Poslední část je jakousi sondou práce sociálních pracovníků pobytových zařízení pro seniory v okrese Kroměříž. Na základě rozhovorů je provedena analýza jejich práce se seniory při předcházení a zmírňování zátěžových situací, tím i možných psychosomatických problémů seniorů.
Klíčová slova:	Psychosomatický přístup, psychosomatický problém, zátěžová situace, pobytové zařízení pro seniory, sociální práce, sociální pracovník, senior, metody a techniky sociální práce.

Anotace v angličtině:	At the beginning the bachelor thesis explains the significance of psychosomatic approach for elderly people care and the influence of some stressing situations on health. Subsequent part focuses on the social work in residential centers for seniors and on social workers activities, especially in the area of preventing and mitigation some stressing situations. The last part is an insight to the work of the social workers at residential centers for seniors in Kroměříž region. Based on interviews, there is an analysis elaborated of their work with seniors aimed at preventing and mitigation of stressing situations and, thereby, possible psychosomatic problems of seniors.
Klíčová slova v angličtině:	Psychosomatic approach, psychosomatic problem, stressing situation, residential centre for elderly people, social worker, social work, senior, methods and techniques of social work.
Přílohy vázané v práci:	Ne
Rozsah práce:	45
Jazyk práce:	čeština