

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014-2017

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vladislava Vošická

**Individuální plánování v pobytových zařízeních domovů
pro seniory**

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Vladimír Dubský, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2014-2017

BACHELOR THESIS THESIS

Vladislava Vošická

Individual planning in residential nursing homes

Prague 2017

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Vladimír Dubský, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 12. 02. 2017

Vladislava Vošická

Poděkování

Děkuji PhDr. Vladimíru Dubskému, CSc. za jeho odborné vedení, metodickou pomoc a cenné rady, které mi poskytl při vypracování této bakalářské práce.

Anotace

Tato práce seznamuje se zjištěním problematiky v oblasti potřeb a individuálního plánování u klientů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Zpracovává malý výzkumný vzorek 120ti respondentů, čímž poukazuje na možné přístupy v individuálním plánování, schopnost vést rozhovory a zároveň zobrazuje činnosti nejvíce podporující soběstačnost klientů.

Přínos práce je viděn jako možný návrh pro vědecké a odborné práce.

Klíčová slova

Domov pro seniory

Individuální plánování

Lidské potřeby

Standardy kvality

Stáří

Volnočasové aktivity

Annotation

The aim of this thesis is the research of the problematic in the area of needs and individual planning with clients in residential nursing homes of the social care. A small number of 120 respondents will be researched, with which the aim will be placed as to show different approaches to individual planning, the way the interviews are held and which activities are the most helping to the self-sufficiency of the clients.

As the benefit can be seen the usage of this thesis as a possible proposal to the scientific and professional work.

Keywords

Free-time activities

Human needs

Nursing home

Old age

Quality standard

Regular planning

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 CHARAKTERISTIKA STANDARDŮ KVALITY.....	11
1.1 Přehled standardů.....	12
1.1.1 Procedurální standardy kvality sociálních služeb	12
1.1.2 Personální standardy kvality sociálních služeb.....	12
1.1.3 Provozní standardy sociálních služeb	13
2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SLUŽBY STANDARD Č. 5.....	14
2.1 Činnost pracovního týmu při individuálním plánování	15
2.2 Koordinátor individuálního plánování.....	16
2.3 Klíčový pracovník.....	16
3 LIDSKÉ POTŘEBY	18
3.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa	19
3.1.1 Základní tělesné fyziologické potřeby	19
3.1.2 Potřeba bezpečí a jistoty	20
3.1.3 Sociální potřeby	20
3.1.4 Potřeba autonomie.....	20
3.1.5 Potřeba seberealizace	21
3.2 Potřeby podle J. Sokola	21
3.3 Potřeby podle E. Eriksona	22
4 ZAJIŠŤOVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍCH POTŘEB KLIENTŮ	24
5 ZAJIŠŤOVÁNÍ POTŘEB U NEKOMUNIKUJÍCÍCH KLIENTŮ	25
6 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ JAKO PROCES.....	27
6.1 Překážky a problémy při individuálním plánování sociální služby	27
6.2 Nejčastější chyby při individuálním plánování sociální služby.....	28
6.3 Rizika v rámci individuálního plánování.....	28
6.4 Dokumentace pro individuální plánování.....	28
6.4 Význam individuálního plánování.....	29
7 NOVODOBÁ PÉČO O SENIORY	30

7.1	Volnočasové aktivity	30
7.1.1	Zásady při vytváření volnočasových programů	31
7.1.2	Zásady chování ke geriatrickým pacientům.....	31
8	PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE PODLE BÖHMA.....	33
9	SMYSLOVÁ AKTIVIZACE	35
9.1	Krátkodobá smyslová aktivizace	36
9.2	Plánování krátkodobé aktivizace	36
10	REMINISCENCE	37
10.1	Úloha vzpomínek v kontextu stárnutí.....	38
10.2	Definice a přístupy k reminiscenční terapii	39
10.3	Narativní přístup	40
10.4	Reflektující přístup	40
10.5	Informační přístup.....	41
	PRAKTICKÁ ČÁST	42
11	VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	42
11.1	Výsledky realizovaného výzkumu.....	42
11.2	Hodnocení cílů a hypotéz	50
11.3	Celkové zhodnocení výzkumu.....	51
	ZÁVĚR	53
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	55
	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	57
	SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Téma pro bakalářskou práci bylo vybráno z toho důvodu, že se seniory pracuji již řadu let. Za tu dobu jsem získala mnoho cenných praktických zkušeností, a to nejen v oblasti jednání se starými lidmi, ale zároveň i ve snaze jim porozumět a podat pomocnou ruku. Bakalářská práce se nejprve zaměří na stručný popis zařízení sociálních služeb. Jedná se o instituce, ve kterých se zaměstnanci snaží zkvalitnit hodnotu stále se prodlužujícího lidského života, a to zejména v domovech pro seniory. Dnešní uspěchaná doba klade vysoké nároky převážně na mladé lidi v produktivním věku, kteří se vlivem okolního prostředí zaměřují především na budování kariéry, a zbývá jim pak velmi málo času a energie zabezpečit adekvátní péči nemohoucím rodičům.

V zařízeních sociálních služeb dochází od roku 2006 k velké snaze podporovat a rozvíjet schopnosti uživatelů a pomáhat jim tak při činnostech, které sami již nezvládnou. Vzhledem ke stále se zvyšujícímu věku je řada seniorů odkázána trvale na lůžko, a jen velmi malá část tráví čas mimo něj. Snahou sociálních služeb pro seniory bývá zejména budování příjemného domácího prostředí. Jedná se převážně o vytváření podmínek pro zvládání běžných úkonů nejen při osobní hygieně, ale i při stravování. Byly a jsou zde trvale zajišťovány také služby týkající se oblasti zdravotnických výkonů převážně při léčbě chronických onemocnění. Dalším problémem, na který tato práce poukáže, se stává podávání stravy. Jedná se o komplikaci, která se bude vyskytovat stále častěji s přihlédnutím k věku a nemocem. I tento problém lze řešit ve spolupráci se zařízeními sociálních služeb.

Kvalitní zařízení sociálních služeb je vedeno k respektování osobnosti a potřeb jeho uživatelů. Tato zařízení utváří snaha o plnohodnotný a kvalitní život, jemuž musí napomáhat aktivizace a seberealizace každého uživatele.

Téma individuálního plánování bylo v této práci vybráno z aktuálních požadavků MPSV a vlastních zřizovatelů sociálních služeb. Všechny typy zařízení musí mít zpracovanou metodiku, která ukazuje pokrytí plánovaných potřeb uživatelů a stanovení osobních cílů k plnění potřeb, a to dle jednotlivých možností uživatelů. Práce má za úkol zjistit, jak ve vlastní praxi tento proces probíhá. Plně upozorňuje na to, že zde uveden reprezentativní vzorek je jen jednou z mála činností, které v současné době vykonává pracovník přímé obslužné péče.

Celkem bude položeno uživatelům šestnáct otázek, z nichž jsme vybrali tři hlavní cíle práce:

Cíl č. 1: Popsat možnosti a přístupy klientů k individuálnímu plánování

Cíl č. 2: Zaměřit cílený rozhovor na individuální plánování

Cíl č. 3: Vyhodnotit činnosti, které ukazují život ve smyslu větší soběstačnosti

Práce bude charakterizována následujícími kapitolami:

Souhrn standardů kvality poskytovaných služeb a jejich stručná charakteristika. Podrobně rozebere Standard číslo 5, který je součástí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, zjistí, kdo je klíčový pracovník, co přináší individuální plánování uživatelům a zda odpovídá jejich potřebám a problémům.

Bližší se bude zabývat lidskými potřebami a podrobně se zaměří na práci amerického psychologa A. H. Maslowa, který stanovil lidské potřeby do pěti kategorií a sestavil je do tvaru pyramidy.

V poslední řadě rozebere rizika individuálního plánování.

Metodou rozhovoru bude prováděn sběr dat přímo u uživatelů ve třech zařízeních sociálních služeb. Všem uživatelům bude kladena vždy stejná otázka a osobním pozorováním bude velmi pečlivě sledována i komunikace neverbální. Bude tedy prováděna tzv. nejběžnější technika sběru informací v kvalitativním výzkumu.

Dá se předpokládat, že jak u odborné, tak praktické části budou k dané problematice získávány informace, které budou pro další práci užitečné.

Tato práce by měla sloužit pracovníkům v sociálních službách a sociálním pracovníkům. Měla by zjistit případné nedostatky a navrhnout optimální řešení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 CHARAKTERISTIKA STANDARTŮ KVALITY

První verze Standardů kvality vznikla v rámci ověřeného pilotního projektu, a to v letech 2001 až 2002, a výstupy se promítly do publikace „Standardy kvality sociálních služeb, Průvodce poskytovatele – MPSV 2003 – ISBN 80 – 86552 – 66 -7“. (Krutilová D, Čámský P., Sembdner J., Sociální služby r. 2008, s. 17). Tento průvodce je v současnosti stále platnou „metodikou“ tvorby a zavádění standardů kvality do českých sociálních služeb.

Tvorbu, vznik a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb do sociální praxe poskytovatelů je možné vnímat jako „výstup z cílené činnosti pracovníků a klientů poskytovatele, jejímž cílem je zformulovat soubor interních pravidel pro sociální práci poskytovatele, vymezit požadovaný profil pracovníka poskytovatele a vymezit závazné postoje k úkolu poskytování kvalitních sociálních služeb v působnosti zařízení“ (Krutilová D, Čámský P., Sembdner J., Tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb, 2008, s. 17).

Počátkem roku 2007 nabyl účinnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který do systému sociální péče v České republice přinesl dlouho očekávanou změnu. Tuto změnu bychom mohli nazvat revolucí v systému sociální péče. Dalo by se říct, že tento zákon vnesl konečně jasno a sjednotil, jakým způsobem mají být poskytovány sociální služby fyzickým osobám. Stal se také dobrým vodítkem pro osoby, které tyto služby využívají. Ze zákona je velmi patrný důraz na respekt k základním lidským a občanským právům, oprávněným zájmům a lidské důstojnosti adresátů sociálních služeb. (Příloha vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. Prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách).

17. 6. 2009 byla schválena novela zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a většina změn nabyla účinnosti 1. 8. 2009.

Rozdělení sociálních služeb se podle zákona o sociálních službách děje na základě vymezení základních služeb a komplexů služeb. Podle charakteru činnosti se služby člení na služby sociální péče, služby sociální intervence a prevence a služby sociálních aktivit.

Současné členění sociálních služeb odpovídá moderním trendům v sociální péči. Obsahem pojmu sociální služby jsou zejména pečovatelská služba, osobní asistence nebo též odlehčovací péče, centra denních služeb, pobyty v domovech respektive ústavech sociální péče a péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením, chráněné a podporované bydlení. Kromě tohoto dělení se v praxi uplatňuje též dělení sociálních služeb na terénní, ambulantní a pobytové. Toto dělení využívá i zákon o sociálních službách. (Zákon O sociálních službách č. 108/2006 Sb).

1.1 Přehled standardů

1.1.1 Procedurální standardy kvality sociálních služeb

Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat, na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu a jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka.

Standard 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Standard 2. Ochrana práv osob

Standard 3. Jednání se zájemcem o službu

Standard 4. Smlouva o poskytování sociální služby

Standard 5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Standard 6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Standard 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Standard 8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

1.1.2 Personální standardy kvality sociálních služeb

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Při poskytování služeb nejsou možné dodatečné opravy. Nepovedenou službu nelze dodatečně vyřadit. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají a jsou uvedeny ve dvou následujících standardech.

Standard 9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Standard 10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

1.1.3 Provozní standardy kvality sociálních služeb

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

Standard 11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Standard 12. Informovanost o poskytované službě

Standard 13. Prostředí a podmínky

Standard 14. Nouzové a havarijní situace

Standard 15. Zvyšování kvality sociální služby

Dle (Králová J., Rážová E., Sociální služby a příspěvek na péči, 2008, s. 143)

2 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ SLUŽBY - STANDARD

Č. 5

Zákon o sociálních službách přináší v požadavcích na individuální plánování při poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci jasně vymezující rozsah a formy této sociální pomoci a podpory.

V příloze č. 2 k vyhlášce 505/2006 Sb. jsou požadavky na individuální plánování služeb shrnuty do standardu číslo 5. Tento standard obsahuje 5 kritérií, z toho jsou 4 kritéria zásadní.

Jde o jeden z nejvýznamnějších instrumentů, jehož smyslem je sociální službu poskytovat v co největším zájmu klienta, přizpůsobit ji jeho specifickým podmínkám a požadavkům, jeho osobním cílům a zapojit jej do procesu plánování i výkonu služby. Individuální plánování musí být transparentní, musí citlivě reagovat na potřeby klienta a musí být také společně s klientem koncipováno a průběžně kontrolováno. Je nezbytné, aby důsledně sledovalo nejen samotnou kvalitu poskytované služby a naplňování osobního cíle klienta, ale aby respektovalo i všechna jeho práva. Velmi významnou roli má role klíčového pracovníka, která by nikdy neměla být podceněna.

Musíme respektovat to, že účelem sociálních služeb je sociální začleňování. Osoby dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života a žít způsobem, který je považován za běžný. Tato definice nám jasně stanoví povinnost poskytovatele sociální služby plánovat poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým jsou sociální služby poskytovány a plánovat a průběžně hodnotit průběh poskytování sociální služby.

Zákon nám formuluje tyto povinnosti:

Mít vytvořenou metodiku, podle které se řídí plánování a způsob hodnocení

Plánovat společně s klientem poskytované služby s ohledem na osobní možnosti

Průběžně hodnotit s klientem naplňování stanovených osobních cílů

Klienti mají určeného klíčového pracovníka

Vést individuální písemné záznamy

Někdy poskytovatelé vycházejí spíše z možnosti a potřeb organizace než z individuálně určených potřeb jednotlivých osob. Potřeba individuálního klienta je tedy východiskem

pro plánování a poskytování jakékoliv sociální služby. Změnu v přístupu ke klientovi je možné shrnout do krátké teze: „*Od institucionalizaci služby k individuálnímu člověku*“.
(Kubátová, Práce v sociálních službách, r. 2012, s. 10).

Hodnocení a znalost potřeb klientů je dnes nezbytným požadavkem, bez kterého je kvalitní sociální služba nemožná. Způsoby, jakými se určují potřeby klientů a jejich hodnocení jsou velmi rozmanité. Hodnocení potřeb klientů se zpravidla určuje v těchto rámcích: popisem osobního vývoje, popisem obecné charakteristiky, popisem stupně postižení, popisem a srovnáním základních a aktuálních potřeb klienta, popisem „problému“, popisem toho, co klient potřebuje zvládnout pro samostatnější život, popisem „silných stránek“ klienta.

Individuální plánování je dialog mezi klientem a pověřeným (klíčovým) pracovníkem o potřebách klienta, a zda mu je organizace může pomoci naplnit.

Od individuálního plánování se požaduje vést individuální rozhovory o potřebách a jeho osobních cílech, pravidelně s klientem plánovat plnění cílů a pomáhat mu v naplňování jeho individuálních potřeb. Pravidelně hodnotit, jak se daří naplňování osobních cílů, podle dohodnutých individuálních plánů. Vést záznamy o plánování, vyhodnocování a naplňování osobních cílů klientů, mít metodicky stanovené a zpracované postupy.

Individuální plánování podporuje běžný způsob života klienta, vychází ze skutečných potřeb a osobních cílů uživatele. Plánujeme společně s klientem, plány jsou pravidelně hodnoceny, klient své osobní cíle může měnit. Plány jsou konkrétní, realizovatelné, vyhodnotitelné, jsou za ně zodpovědní konkrétní (klíčový) pracovníci.

Stanovení osobního cíle znamená individualizovaný přístup, dostatek informací o poskytovaných službách, jejich trvalá dostupnost a aktuálnost, vyšší důvěra k zařízení i k pracovníkům, dodržování lidských práv klienta, vytvoření prostoru k naplnění a prožívání další životní etapy podle představ klienta.

2.1 Činnost pracovního týmu při individuálním plánování

„Znamená nejen zcela nový přístup ke klientům, ale vyžaduje také splnění dalších významných požadavků. Faktorem ovlivňujícím úspěch či neúspěch individuálního plánování je správně organizovaná činnost pracovního týmu. Jedná se o nepřetržitou komunikaci mezi pracovníky, předávání a výměnu informací a dodržování jednotného přístupu ke klientům. Nezbytnost týmové spolupráce při realizaci individuálního

plánování má charakter činnosti tzv. multidisciplinárního týmu.“ (Krutilová, Čámský, Sembdner, Sociální služby, s. 161).

2.2 Koordinátor individuálního plánování

Koordinátor zodpovídá za plynulou realizaci a funkčnost individuálního plánování u klientů. Rozsah povinností a činností vyplvajících z této funkce je velký. Koordinátor vybírá a stanovuje vhodného klíčového pracovníka pro klienta. Zohledňuje schopnost pracovníka řešit problémy a překonávat překážky, délku praxe. Do funkce klíčového pracovníka musí koordinátor delegovat zodpovědně a uvážlivě.

Koordinátor musí dbát na rovnoměrnou vytiženost pracovníků ve funkci klíčového pracovníka. To znamená, že nemůže přidělovat stejný počet klientů s rozdílnou náročností všem pracovníkům. Předpoklad náročnosti je důležitým kritériem.

V zařízeních tuto funkci zastávají rozliční pracovníci jako například vedoucí sociální pracovník, který bohužel nemá s individuálními potřebami ve vztahu k chorobám, žádné teoretické ani praktické zkušenosti.

Koordinátor průběžně sleduje činnosti klíčových pracovníků u klientů, dotazuje se pracovníků na průběh spolupráce, kontroluje tvorbu a plnění individuálního plánování, záznamy v dokumentaci. S klienty vede občasné rozhovory, zjišťuje míru jejich spokojenosti, realizaci individuálního plánu a plnění osobního cíle.

2.3 Klíčový pracovník

Roli klíčového pracovníka plní většinou pracovníci na pozici pracovník v sociálních službách. Klíčový pracovník přebírá do své péče klienty, kteří mu byli přiděleny koordinátorem. Maximální počet přidělených klientů by měl být čtyři až pět.

Klíčový pracovník má dostatek znalostí v oblasti individuálního plánování a pro výkon pozice klíčového pracovníka, zná platné zákonné normy a platné předpisy, respektuje klienta jako partnera, má znalosti z obecné psychologie, psychologie osobnosti a vývojové psychologie. Umí z verbálních i neverbálních projevů klienta rozpoznat problémy v jeho potřebách. Ovládá komunikační techniky a běžně je při kontaktu s klienty používá, umí pracovat se svou emoční inteligencí a rozvíjí ji, umí provádět záznamy v individuálním plánu klienta.

K úkolům klíčového pracovníka patří vytváření individuálního plánu směřujícího k dosažení klientova osobního cíle. Při tvorbě plánu provádí analýzu rizik vyplývajících z jeho plnění. Spolu s dalšími pracovníky organizuje a zajišťuje plnění individuálního plánu klienta a kontroluje jeho plnění. Používá vhodné aktivizační techniky, které podporují zapojení klienta do jeho individuálního plánu. O problémech, které při jeho tvorbě vzniknou a nedaří se je řešit, informuje ostatní klíčové pracovníky a koordinátora. Je aktivním, vstřícným a spolupracujícím členem pracovního týmu. Provádí zápisy do dokumentace individuálního plánu. Umí své znalosti a dovednosti uplatnit v komunikaci s klientem a v přístupu k němu.

Výkon funkce klíčového pracovníka je pro pracovníky všestranně náročný. Pro některé z nich je vykonávání funkce a souvisejících povinností příliš zavazující, stresující a komplikované. Podmínkou úspěchu v práci klíčového pracovníka je vyřešení vlastních problémů. Splnění uvedených požadavků vede k získání důvěry klienta. Tím je vytvořen základ pro dobrou spolupráci, příznivé výsledky a dosažení jeho maximální spokojenosti. Podmínkou úspěchů v činnostech klíčového pracovníka je nalezení harmonizace jeho vlastní osobnosti.

3 LIDSKÉ POTŘEBY

„Potřeba je projevem určitého nedostatku či strádání, jehož odstranění je žádoucí, a je velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu povede ke zlepšení stavu člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti.“ (Trachtová, 2001, s. 10)

Potřebou se tedy nerozumí pouze něco, co člověku chybí, ale hlavně to, kam skrze ni směřuje. Potřeba je pociťovaný nebo prožívaný nedostatek (nebo také nadbytek) něčeho důležitého pro život jedince. Nedostatečné uspokojení potřeb vyvolává napětí, stres a špatnou náladu.

Preferování potřeb a touha po uspokojení jedné nebo více potřeb se mohou v průběhu života a pod vlivem různých okolností měnit. Člověk pak vyžaduje změnu pořadí, míry nebo způsobu uspokojování svých potřeb. Je nutné počítat i s faktem, že někteří lidé v náročných situacích naopak trvají na stále stejném pořadí svých potřeb a způsobech jejich uspokojení, i když je to vzhledem k okolnostem nemožné. Uspokojování potřeb člověka a jejich změny jsou často ovlivňovány řadou okolností. Patří sem nemoc, její příčina a mezilidské vztahy.

„Chování člověka je málokdy ovlivňováno jen jedním motivem. Jde většinou o komplex motivů činnosti člověka spojený především s potřebami, zájmy, vlohami a postoji. Postoje vyjadřují vztah člověka k určitému jevu, předmětu nebo k jiným lidem. Kladné postoje povzbuzují aktivitu a zájem, záporné vedou k odmítání a odporu.“ (Heinová, 2010, s. 22).

Motivace je hnacím motorem, silou. Je iniciována zjištěním neuspokojených potřeb. Tyto potřeby vytvářejí přání dosáhnout něčeho nebo něco získat. Člověk si většinou stanoví cíle, o kterých se domnívá, že uspokojí jeho potřeby a volí cesty, které vedou ke stanovenému cíli.

Můžeme hovořit o dvou typech motivace. Za prvé jde o vnitřní motivaci, kdy lidé motivují sami sebe tím, že hledají, nalézají a vykonávají práci, která je uspokojuje, naplňuje a zároveň vede k naplnění jejich cílů.

3.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Lidskými potřebami se již zabývalo mnoho autorů a vznikla celá řada členění podle různých kategorií. V oblasti sociálních služeb je nejvíce rozšířeno a používáno členění potřeb podle Maslowa, nazývána také Maslowova pyramida.

Autorem je americký psycholog Abraham Harold Maslow, který se podrobně zabýval lidskými potřebami, zkoumal jejich význam a vzájemné vztahy. Na základě získaných poznatků vytvořil škálu ve tvaru pyramidy. Všechny oblasti rozčlenil do pěti úrovní. „*Hierarchie potřeb vychází z nezbytnosti a naléhavosti jejich uspokojení a vzájemné provázanosti.*“ (Trachtová, Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, r. 2001, s. 48).

3.1.1 Základní tělesné a fyziologické potřeby

Tyto potřeby jsou zcela základní a neuspokojení některé z nich se může odrazit na celkovém stavu člověka. Obecně v této teorii platí, že alespoň částečné uspokojení níže položených, základních potřeb, je obvykle podmínkou pro uplatnění těch vývojově vyšších.

Patří sem:

- 1) Potřeba dýchání
- 2) Potřeba spánku
- 3) Potřeba přijímání potravy
- 4) Potřeba regulace tělesné teploty
- 5) Potřeba fyzické aktivity
- 6) Potřeba pohlavního styku
- 7) Potřeba pohybu
- 8) Potřeba tišení bolesti
- 9) Potřeba vylučování

Základem potřeb jsou uvedené fyziologické potřeby.

3.1.2 Potřeba bezpečí a jistoty

Tato potřeba zahrnuje:

Potřebu ekonomického bezpečí - pokud nezajištění této potřeby vede u lidí k velké úzkosti a strachu z budoucnosti, zejména pokud již nedostatek prostředků zažili.

Potřebu fyzického bezpečí – zde jde zejména o zajištění pocitu jistoty. Tuto potřebu posiluje například vhodná kompenzační pomůcky nebo pomoc pečující osoby.

Potřeba psychického bezpečí – do potřeb psychického bezpečí patří zejména pocit jistoty, který pomáhá určovat časové orientační body dne. Patří sem mimo jiné čas na jídlo.

3.1.3 Sociální potřeby

Potřeba informovanosti – každý člověk potřebuje vědět, co se kolem nás děje a mít zprávy o svých blízkých. Zejména pak pokud má potíže s okolním světem.

Potřeba náležitosti k nějaké skupině – tato potřeba reprezentuje citové vztahy (přátelství, partnerský vztah, potřebu mít rodinu).

Potřeba lásky a sounáležitosti – je to potřeba milovat a být milován, potřeba náklonnosti, sounáležitosti a sociální integrace.

Potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut – potřeba komunikovat, mít možnost s někým mluvit, sdělovat mu své názory. Tato potřeba je dle osobnosti individuální.

3.1.4 Potřeba autonomie

Autonomie ve smyslu rozhodovat sám za sebe – jedná se o právo rozhodovat sám za sebe a toto právo a potřeba není závislé na fyzické závislosti. I lidé zcela fyzicky závislí na pomoci druhých mohou být zcela autonomní. Velkým ukazatelem kvality života je to, jak velkou část autonomie dokáže sociální služba člověku zajistit a ponechat.

Potřeba uznání, vážnosti – součástí autonomie je i to, jakou vážnost a úctu sociální služba dokáže člověku zajistit a to i v případě, kdy se personálu zdá, že člověk vůbec nevnímá. Například důstojné oslovení klientů s pokročilými stádii demence je nutné, i když si myslíme, že svět kolem sebe neregistrují.

Potřeba pocitu užitečnosti – jde o potřebu být ještě někomu užitečný. Zvláště u lidí, kteří potřebují pomoc druhých osob, vnímat to, že i oni mohou být něčím užiteční – povzbudit je, projevit zájem a pracovat dle jejich biografie.

3.1.5 Potřeba seberealizace, rozvoje vlastní činnosti, nalezení smyslu života

Tato potřeba je autorem hodnocena jako jednoznačně nejvyšší potřeba, která vyjadřuje snahu o naplnění záměrů a představ jedince. Jedná se o rozvoj veškerých svých schopností a dovedností. Zde můžeme nalézt i prvky z nižších stupňů potřeb, pokud někomu dávají smysl života.

Pět úrovní potřeb Maslow dále rozčlenil na dvě skupiny a to na nedostatkové a růstové potřeby. Do skupiny nedostatkových potřeb zařadil první čtyři úrovně potřeb a mezi růstové potřeby zařadil pouze pátou úroveň, tj. potřebu seberealizace.

Lidé potřebují v životě uspokojovat všechny potřeby, jak fyziologické tak psychologické. Všechny potřeby tvoří neoddělitelný celek, který se vzájemně podmiňuje. V průběhu života mají tyto potřeby různý význam a často vyžadují i různé způsoby uspokojování. V rámci kompenzace mohou být některé potřeby uspokojovány i jiným než obvyklým způsobem, může dojít ke změně její intenzity nebo se může změnit i způsob jejího uspokojování.

3.2 Potřeby podle J. Sokola

Jedno z možných členění lidských potřeb vychází z filozofické antropologie a jejím autorem je profesor Jan Sokol.

- 1) *Osoba jako tělo (pohlaví, funkce těla....)*
- 2) *Osoba jako psychická entita (temperament, emocionalita inteligence....)*
- 3) *Osoba jako obyvatel a organizátor prostředí (domov, blízký prostor,)*
- 4) *Osoba jako bytost pohybující se v čase svého života (věk, vývojové úkoly)*
- 5) *Osoba jako součást „My“ (rodiny, okruh nejbližších lidí)*
- 6) *Osoba jako člen společnosti (sousedské vztahy, práce, politika, ekonomik*
- 7) *Osoba jako bytost v historickém čase („napojení na dějiny“)*
- 8) *Osoba jako bytost, hledající smysl a řád*

(Kolektiv, Tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb r. 2008, s. 144).

3.3 Potřeby podle E. Eriksona

Podle E. Eriksona se na vývoji lidské osobnosti podílejí i sociálně-kulturní vlivy a vývoj člověka závisí na tom, zda ve vývojovém stádiu správně vyřeší svůj vývojový konflikt. V našem zařízení pro dospělé toto doporučené schéma nevyužíváme, domnívám se, že se lépe hodí, jak uvádí autor, pro děti. Erikson každé jednotlivé etapě připisuje jednu prioritní potřebu, kterou by měl člověk uspokojit. Podle způsobu naplnění konkrétní životní potřeby v konkrétním vývojovém čase se rozvíjejí pozitivní i negativní základní postoje člověka ve vztahu k sobě a svému okolí v průběhu celého jeho života. Jednotlivé fáze je nutné postupně prožít a zpracovat, abychom mohli ve svém vývoji postoupit dál. Nezpracované vývojové fáze nám přinášejí kontroverzní postoje při řešení každodenních situací.

Fáze základní důvěry v život proti základní nedůvěře – od narození do 1 roku. Je založena na stálosti péče a na kvalitě vztahu k dítěti.

Fáze autonomie proti studu a pochybám – od 1 do 3 let. Vyplývá ze závislosti na okolních osobách a jejich požadavcích, pevné vedení dítě chrání a povzbuzuje.

Fáze iniciativy proti pocitům viny – od 3 do 6 let. Pojí se k vývoji lidského svědomí a pocitu studu.

Fáze snaživosti proti pocitu méněcennosti – od 6 do 12 let. Charakteristická je aktivitou ve vztahu ke světu, důležitý je postoj „autorit“ ke vnímání a posuzování světa.

Fáze identity proti zmatení rolí – od 12 do 19 let. Označována je také jako „období bouří a krizí“, je provázena emoční labilitou a citlivostí na podněty z vnějšku. Důležité je sebeuvědomování a jde o úsilí integrovat předcházející vývoj do vytvářející se individuální osobnosti.

Fáze intimity proti izolaci – od 19 do 25 let. Je to doba, ve které mají být realizovány a uskutečněny všechny nejlepší osobní potence, člověk si osvojuje velké množství nových znalostí a dovedností a je nucen řešit řadu nových úkolů.

Fáze generativity proti stagnaci – od 5 do 50 let. Charakteristická je budováním zvolené kariéry, péčí o rodinu a potomky, snahou být vřazen do mezilidských vztahů a kontaktů, rozvíjet své mimopracovní aktivity, kreativně se realizovat.

Fáze integrity proti zoufalství – od 50 let. Často je označováno jako období nejzákladnějších krizí, jako část života obtížnější a problémovější než jiné životní období. Jde o to najít a integrovat do svého života i oblasti, které dříve nemohly být z různých důvodů rozvíjeny, a dát životu další smysl. Stáří, které ukončuje lidský vývoj, je etapou, kdy bychom měli dojít k bilancování dosavadního způsobu života a přijmout svůj život takový, jaký byl. Všechno dobré i zlé, co k němu patřilo. Erikson hovoří o dosažení integrity svého já – moudře se vyrovnat i se svou nedokonalostí. Dokázat chápat souvislosti minulosti a přítomnosti. Přijímat stáří jako normální proces a být ochoten vybrat si, co ještě mohu a chci. Obhájit si svůj způsob života, který jsem si zvolil, a dokázat ho zhodnotit, být spokojen sám se sebou. To může podle Eriksona ten, který ví, že je pokračováním svých předků, a myslí na život svých potomků. Věří ve vlastní možnosti a schopnosti být pro společnost něčím užitečný. Vyrovnání se s vlastním životem pak usnadňuje i přijetí smrti, která život zakončuje.

„V literatuře jsou popisovány i další modely a teorie, jak lze určovat a dělit lidské potřeby. Je to téma často zpracovávané v oblasti psychologie, sociologie, biologie atd. Při určování lidských potřeb uživatelů sociální služby je třeba si vždy uvědomit, v jakém kontextu se uživatel objevuje.“

(Kolektiv, Tvorba a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb, r. 2008, s. 143).

4 ZJIŠŤOVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍCH POTŘEB KLIENTŮ

Základní podmínkou úspěchu individualizované péče podle individuálního plánu je co nejlepší poznání klienta, jeho potřeb, zájmů, hierarchii životních hodnot. Vzhledem k rozdílnosti a respektování individuality klientů je nutné přistupovat individuálně i ke zjišťování informací a k získání jejich důvěry. Je vhodné dodržovat určitý postup:

- 1) Získat co nejvíce informací o klientovi.
- 2) Zajistit si klidné podmínky k rozhovoru a vysvětlit klientovi význam, smysl a přínos stanovení jeho osobního cíle a individuálního plánování.
- 3) Pracovat na získání důvěry klienta, chovat se klidně, vyrovnaně, vystupovat profesionálně, s rozvahou.
- 4) Zjišťovat potřeby a návrh činností do krátkodobého i dlouhodobého individuálního plánu.
- 5) Při rozhovoru nedávat najevo, jaké informace již máme, správně klást otázky, abychom potřebám a představám dobře porozuměli. Současně ale dávat pozor, aby dotazy nebyly moc vtíravé.
- 6) Uklidnit klienta, že jde rozhovor a že bude mít prostor ke zvážení. Informovat klienta, že může osobní cíl změnit, a pokud se změní některé důležité okolnosti (zdravotní stav, schopnost mobility a míra soběstačnosti), musí být osobní cíl aktuálně upraven. Dohodnout se s klientem na termínu další schůzky.
- 7) Na další schůzce projednat jeho představy o osobním cíli, specifikovat rozsah cíle. Na základě osobního cíle pak projednat alespoň rámcově činnosti pro krátkodobý a dlouhodobý plán.
- 8) Společně s klientem formulovat jeho osobní cíl a vypracovat návrh činností. Pokud souhlasí zapsat je do dokumentace individuálního plánu.
- 9) Dodržet termíny hodnocení a kontrol plnění individuálního plánu s klientem. Pokud z významných důvodů není možné hodnocení a kontrolu plnění individuálního plánu u klienta v plánovaném termínu provést, musí klíčový pracovník klienta předem o této skutečnosti informovat, omluvit se a dohodnout jiný termín. Poté dbát na dodržení náhradního termínu a řádně se na hodnocení osobního cíle a plnění domluvit.

5 ZJIŠŤOVÁNÍ INDIVIDUÁLNÍCH POTŘEB U NEKOMUNIKUJÍCÍCH KLIENTŮ

Neschopnost dorozumívat se mluvenou řečí je omezením, které výrazně ovlivňuje téměř všechny oblasti života člověka. Nemožnost udržovat kontakt s okolím, vyjadřovat své pocity, potřeby a přání má své psychosociální důsledky, které se promítají do života každého jedince s omezenou schopností komunikace nebo s úplnou neschopností komunikovat.

Nekomunikující lidé mají omezené možnosti, jak svému okolí sdělit, co potřebují, jak se cítí a jak jim určité situace vyhovují či nikoliv. U nás i ve světě je už možné využít různé metody, které nám umožní navázat komunikaci a kontakt i s klienty, kteří jsou znevýhodněni právě pro obtíže v komunikaci. Jde například o augmentativní a alternativní komunikaci, bazální terapii nebo validaci.

Problém zjišťování individuálních potřeb u nekomunikujících klientů ale zatím není dostatečně řešen. Situace je o to závažnější, že porucha komunikace klientů v pobytových zařízeních je ve velké většině spojena s poruchou vědomí. To vede mnoho pracovníků k tomu, že nekomunikující a neorientovaní klienti si svou situaci vůbec neuvědomují, a tudíž ani nemají žádné potřeby. Zjišťování potřeb a individuální plánování je pak omezováno na uspokojení základních biologických potřeb. Pátrání po jiných potřebách a snaha o kvalitní individuální plánování jsou ze strany pracovníků minimální a často neefektivní. Pracovníci mnohdy považují iniciativu u těchto klientů za zbytečnou. Dlužno podotknout, že náročnost péče a poskytované sociální služby jsou u těchto klientů vyjádřeny i přiznáním nejvyššího stupně závislosti, a tedy i nejvyššího příspěvku na péči.

Naplňování osobních cílů a uspokojování potřeb znamená poskytování sociální podpory klientovi. Nekomunikující a dezorientovaný klient ji také potřebuje, a to většinou mnohem více než komunikující osoby. Zatím je bohužel v poskytování sociální podpory nekomunikujícím klientům v pobytových zařízeních velký deficit. Dobrá sociální praxe by v žádném případě neměla být vázána jen na to, zda klient s námi přímo komunikuje nebo nekomunikuje. Při zjišťování potřeb klienta a následné tvorbě individuálního plánu pracovníci často pracují s klienty s poruchou komunikace a poruchou vědomí. To vyžaduje z jejich strany specifické postupy. Pracovník může použít následující druhy

přístupů (intuitivní, racionální, rozhovor s referujícími osobami, studium dokumentace klienta).

6 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ JAKO PROCES

Individuální plánování je proces složený z několika částí, které jsou důležité pro pracovníka i pro klienta: zkoumání situace, tvorba plánu a vyhodnocení. Tento proces se neustále opakuje.

Zkoumání situace = porozumění situace jde o porozumění mezi klientem a klíčovým pracovníkem. Jedná se o to, jak klient rozumí své situaci, ve které se nachází, jak chápe funkci klíčového pracovníka a co může od něj a jeho pomoci očekávat.

Plánování = pojmenování změny a plán jejího dosažení po vzájemném porozumění situace je podle požadavků a potřeb klientů formulován cíl. Nutné je také definovat kritéria vedoucí k jeho naplnění.

Realizace plánu = společná práce v této etapě jsou klientem a pracovníky realizovány naplánované činnosti v dohodnutém rozsahu. Pozornost je věnována náročnosti plnění a posouzení nároků na klienta.

Vyhodnocení = revidování plánů všechny kroky individuálního plánování jsou uzavřeny fází zhodnocení. Klíčový pracovník a klient společně porovnávají dosažení cíle s realitou.

Aby byla podstata a smysl individuálního plánování naplněny, musí obsahovat všechny čtyři základní složky, které se pak neustále v pravidelném cyklu opakují. Je potřeba, aby vždy odpovídaly aktuální situaci klienta.

6.1 Překážky a problémy při individuálním plánování sociální služby

Základní předpoklad úspěchu je zjištění potřebných informací a získání důvěry klienta.

To může být často problematické. Nejčastějšími překážkami a problémy jsou:

- 1) Nedostatečný časový prostor k rozhovoru
- 2) Nevhodné prostředí (rušivé vlivy, neútné prostředí...)
- 3) Nepochopení významu individuálního plánování ze strany klienta
- 4) Jiné špatné zkušenosti klienta, vedoucí k jeho nedůvěře a odmítání spolupráce
- 5) Porucha vědomí klienta
- 6) Porucha komunikace klienta, která mu neumožňuje sdělení jeho potřeb a požadavků

6.2 Nejčastější chyby při individuálním plánování sociální služby

Nejčastější chyby, které se mohou vyskytnout při individuálním plánování:

- 1) Nedostatečné objasnění důvodu zjišťování informací
- 2) Neprofesionální vystupování pracovníků v zařízení – vede k vytvoření nedůvěry
- 3) Chyby v komunikaci ze strany klíčového pracovníka
- 4) Klíčový pracovník neovládá aktivní naslouchání a neprojevuje empatický přístup
- 5) Klíčový pracovník neumí svým přístupem získat důvěru klienta
- 6) Negativní vztah klíčového pracovníka k individuálnímu plánování
- 7) Neschopnost klíčového pracovníka týmově spolupracovat

6.3 Rizika v rámci individuálního plánování

Při poskytování sociálních služeb se jako poskytovatelé dostáváme často do situací, ve kterých se snažíme respektovat lidská práva našich klientů. Tím je však vystavujeme rizikům a ohrožení. Otázkou zůstává, jak k těmto rizikům přistupovat a jak se bránit proti případnému nevhodnému chování a osočování ze strany klientů, že jsme například zanedbali dohled a opatrnost. Vymezení přiměřené míry rizika souvisí se standardem číslo 2, který se zabývá právy osob a střety zájmů mezi klienty a pracovníky. Někdy mají poskytovatelé míry rizik zpracovány u metodik a písemných postupů právě tomuto standardu. Je však vhodné je zpracovat i v rámci individuálního plánování služby u konkrétních klientů.

6.4 Dokumentace pro individuální plán

U každého klienta musí být vedena dokumentace o tvorbě a plnění individuálního plánu. K tomuto účelu je vypracována dokumentace, která je složena z několika částí:

Úvodní část – obsahuje základní údaje o klientovi a informace potřebné k vytvoření osobního profilu klienta.

Plán – v této části se provádějí zápisy o dohodnutých činnostech a postupech k dosažení osobního cíle klienta, stanovuje se termín hodnocení a rozlišuje se krátkodobý a dlouhodobý plán.

Realizace individuálního plánování - zde se zaznamenává provedení dohodnutých činností stanovených pro plnění individuálního plánu a jejich vedení dosažení osobního cíle.

Hodnocení individuálního plánování – v plánovaném termínu jsou provedeny zápisy o společném hodnocení individuálního plánu s datem a připojenými podpisy.

V individuálním plánu musí být zapsány všechny zjištěné důležité informace, stanoven osobní cíl a společně určený plán činností týkajících se péče o klienta. Zápisy jsou prováděny nesmazatelnou tužkou, čitelně a srozumitelně. Plány musí být konkrétní, přesné, objektivní. Zápisy by měly být bez pravopisných a stylistických chyb. Musí obsahovat datum, čas a podpis pracovníka. Musí obsahovat popis všech důležitých situací a událostí vztahujících se k individuálnímu plánování. Měly by být psány v časové posloupnosti. Data záznamů na sebe musí plynule navazovat.

6.5 Význam individuálního plánování

Poskytování sociální služby klientům na základě zjišťování jejich potřeb a vytvořeného individuálního plánu je přínosné jak pro klienty, tak i pro všechny pracovníky. Na všechny zúčastněné klade vyšší nároky. Nutí k neustálé aktivitě, zkoumání, hodnocení, posuzování, analýze a hledání nových variant. Vyžaduje plné nasazení jednotlivců, jejich vytrvalost a flexibilitu.

Za největší nebezpečí je v našich podmínkách považována formalizace. Nejčastějšími důvody jsou nepochopení záměru a smyslu zjišťování potřeb a individuálního plánování, nepochopení významu uspokojení potřeb nesoběstačných osob v tíživé osobní situaci. Důležitým a také častým důvodem je také nevytvoření podmínek pro pracovníky v zařízení k opravdové smysluplné realizaci.

„Současná situace je ve velké většině sociálních zařízení z tohoto pohledu velmi neutěšená. Na každého pracovníka v přímé obslužné péči, který je současně klíčovým pracovníkem, připadá neúměrně vysoký počet klientů. To samo o sobě vyžaduje maximální nasazení po celou pracovní dobu a nedává téměř žádný prostor pro ošetrovatelskou péči vzhledem k rozsáhlé administrativě. Týmová komunikace a spolupráce často chybí.“ (Krutilová, Čámský, Sembdner, Sociální služby, r. 2008, s. 152).

7 NOVODOBÁ PÉČE O SENIORY

Každý člověk je jedinečnou bytostí, určenou mnoha faktory. Moderní gerontologové dnes prohlašují, že střední věk se začíná posouvat až do 75 let a svědčí o tom celá řada osmdesáti a devadesátiletých fyzicky a duševně výkonných a svěžích lidí v našich zařízeních. Samotné stáří není nemoc. Každému klientovi je třeba poskytovat individuální péči. Vedle základních potřeb mají být uspokojovány také požadavky společenské a rekreační. U každého klienta je třeba sledovat cíl péče, která má jeho současný stav zlepšit, nebo není-li to možné, má zabránit jeho zhoršování. O klienta má být pečováno tak, aby se cítil spokojený a klidný, aby byla jeho lidská důstojnost a hodnota zachována. Důležitým požadavkem kvalitní péče je, že musí vycházet především z potřeb klientů a nikoli z potřeb personálu. Dále je důležitý týmový přístup k práci. Všechny profesní skupiny se musí podílet na individuálním plánu, který je vypracován pro každého jednotlivce zcela samostatně.

7.1 Volnočasové aktivity

„Některé domovy mají programy, které slouží pouze k zabavení obyvatel. Jiné se zaměřují výhradně na terapeutické akce. Ani jeden z těchto přístupů není dobrý, protože chybí vyváženost. Program musí dávat klientům příležitost uplatňovat všechny své schopnosti a funkce. Má být uzpůsoben jak pro klienty, kteří vyžadují minimální péči, tak pro klienty na nejnižším stupni funkčnosti. Každá činnost musí vycházet z potřeb a zájmů klientů. Prvním krokem je zjištění funkčního stupně klienta v oblasti fyzické, kognitivní a společensko-emoční. Zhodnoceny jsou také jeho silné a slabé stránky. Pro každého klienta je vytvořen cíl nebo plán péče, podle kterého jsou vybírány příhodné činnosti tak, aby těmto zájmům a potřebám vyhovovaly. Úspěch programu je závislý na motivaci a nadšení celého personálu. Ve zkratce lze říct, že každý, kdo je naživu, by měl žít, ne živořit. Je třeba mít vždy na mysli, že každý živý tvor potřebuje někam patřit, potřebuje zázemí. Dále má potřebu být prospěšný a užitečný. Programy jsou zdrojem pocitu vlastní ceny, a tím i životní energie. Tento pocit je nutný ke zdravému stárnutí a k vědomí smyslu života.“ (Rheinweldová, Novodobá péče o seniory, r. 1999, s. 8 a 9).

7.1.1 Zásady při vytváření volnočasových programů

Program musí být pestrý. Klienti jsou povzbuzováni k účasti na činnostech vytvořených podle jejich individuálních potřeb. Je vítána aktivní spolupráce. Plán rekreačních aktivit je třeba stanovit na den, týden, měsíc a rok. Klienti mají rádi, když jsou na akce včas připravení, protože už nejsou tak pružní, jako když byli mladí. Některé dny je možné pravidelně vyhradit pro rutinní činnosti. Jde o zvyk, který má za následek pravidelnou účast klientů. Je ovšem možné, že časem se stane program nudný a přestane je bavit.

Aby byla činnost kvalitní, musí dávat klientům příležitost k rozhodování, k zodpovědnosti a poskytovat jim možnost ověřovat si své fyzické a duševní schopnosti. Místnosti, kde se aktivity pořádají, musí být snadno dostupné, bezpečné a s možností přizpůsobení k různým akcím.

7.1.2 Zásady chování ke geriatrických pacientů

- 1) *Jsme vždy milí a příjemní. Klienti mají svých problémů dost a od nás očekávají tvář plnou lásky a radosti.*
- 2) *Oslovujeme klienty paní a pane s příjmením, pokud nás nepožádají o jiné oslovení. Nikdy neříkáme klientům babi a dědo. Tímto oslovením bychom jim dávali pocit starého člověka, o kterého se musí někdo starat, nebere ho vážně, a může mu i poroučet.*
- 3) *Pomáháme všem udržet si pocit vlastní hodnoty. Neponižujeme je, nejednáme s nimi jako s dětmi. Nikdy nepoužíváme tvrdý tón a nemluvíme hrubě.*
- 4) *Necháme klienty dělat pro sebe vše, co mohou. Pouze asistujeme, ukážeme, jak se co dělá.*
- 5) *Udržujeme klienty orientované v čase a místě. Stále je informujeme o současném datu, dni, roce. Mluvíme často o místě, kde žijí.*
- 6) *Nepřerušujeme, neskáčíme do řeči. Když mluvíme s někým, kdo špatně slyší, nekřičíme na něho, ale jdeme blíž, skloníme se, mluvíme pomalu.*
- 7) *Jestliže po nás klient něco žádá, snažíme se vyhovět. Pokud nemůžeme, vysvětlíme proč.*
- 8) *Před vstupem do pokoje vždy klepeme.*
- 9) *Nikdy nemluvíme s klienty špatně o někom z personálu.*

10) Nikdy si neseďme na postel klienta.

(Rheinweldová, Novodobá péče o seniory, r. 1999, s. 21).

8 PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE PODLE BÖHMA

Oproti zahraničním modelům v ošetrovatelství, které učí pokrývání základních lidských potřeb ve vztahu k nemoci, chápeme v našem zařízení jako ideální pro seniory i s demencí psychobiografický model péče podle Böhma.

„V posledních desetiletých se rozhodujícím způsobem změnila péče o starší osoby. Péče se soustředila na zajištění „tepla-jídla-čistoty“, zatímco na kvalitu duševní péče nebyl kladen takový důraz. Profesor Erwin Böhm jako první rakouský teoretik v oboru ošetrovatelství sledoval nové přístupy v geriatrické péči. Podle svého modelu používal biografii jednotlivce jako základ porozumění člověku a jeho chování. Takto se mu podařilo aktivovat, respektive reaktivovat ztracené schopnosti starých a zmatených lidí. Böhmova filozofie zásadně změnila myšlení a postoje pečujících osob. Odměnou za to je podpora maximální soběstačnosti starých lidí a jejich větší aktivní účast v životě.“
(Wehner a kol., Smyslová aktivizace, r. 213, s. 7).

Svůj model chápe jako komplementární systémovou teorii, která může doplňovat medicínský pohled na péči. Měla by vést ke zlepšení duševního a somatického stavu klientů s cerebrálními symptomy bez použití psychofarmak a jiných omezení. Modelem se ale musí a má docílit nejen zlepšení zdravotního stavu klientů, ale i pocitu pohody našeho personálu. Východiskem jeho způsobu myšlení je individuální biografie. Symptomy stáří nevnímá z pohledu obrazu nemoci, nýbrž jako výraz biografických fenoménů. Model se zaměřuje na emocionální, pudový potenciál klienta. Nikoli na jeho kognitivní deficit. Příliš časně zahájený trénink mozku vede k progresi projevů úpadku v důsledku přetěžování klienta. Základním principem modelu je zvolit biografii jako východisko a způsob nahlížení na aktuální problémy. Péči o seniory je třeba chápat primárně jako péči o stav duševní, nikoli somatický.

Svůj model tedy neplánoval jako abstraktní nebo teoretický model myšlení, nýbrž jej koncipoval jako schůdnou cestu využitelnou v praxi. Chtěl dosáhnout zásadní změny v péči o seniory. Přesvědčení ho přivedlo k tomu, aby nechal lékařskou diagnózu stranou a vůbec nenahlížel na konkrétní chování klientů jako faktor onemocnění. Měli bychom se snažit o zdvořilost, domluvu, respekt a zachování veselé ironie. To by měla

být terapie, náš přístup k osobám s narušenou psychikou, přístup ke „zmateným“ formou tzv. usilovné péče.

9 SMYSLOVÁ AKTIVIZACE

„Jestliže životní období, nemoc nebo jiná nutnost ošetřování způsobí, že se lidé z nejrůznějších důvodů musí vzdát svého důvěrně známého domácího prostředí, změní se v krátké době celý život. Člověka přímo přepadne množství nových dojmů – nové barvy, pachy, nové pokrmy, nový průběh dne, noví lidé, nová pravidla, omezená možnost soukromí. V krátké době se přihodilo, že náhle je silně omezena možnost samostatného rozhodování. Při pobytu v domovech pro seniory setrvává v člověku touha po přátelsky utvářených místnostech, místech k nerušenému soukromí, místech pro komunikaci, samostatnou činnost. Pohlédneme-li na stávající situaci, vidíme, že většina dění probíhá tak, že je určují jiní.“ (Wehner a kol., Smyslová aktivizace, r. 2013, s. 11).

V našem zařízení si přejeme uchovávat u klientů jejich důstojnost, ošetřovat je s úctou a respektem, pociťovat podporu a moci až do konce vést život co nejvíce samostatný a naplněný. Bohužel to není vždy možné, velká část lidí nemůže zestárnout mezi svými, ve své rodině, ve známém prostředí, nýbrž stráví soumrak svého života v některé instituci. Samostatnost a vlastní motivace v prostředí domovů pro seniory brzy zanikne. Schopnosti vykonávat činnosti běžného denního života a zručnost se vytrácejí. Následkem toho pak vzniká deprese, agresivita a odbourávání kognitivních schopností i urychlení postupu demence. Smyslová aktivizace dává možnost se tomu bránit, umožnit klientům i rodinným příslušníkům vyšší kvalitu života a lepší soužití. Otevření nové perspektivy ošetřování a pomoci při práci se seniory a klienty s demencí.

„Smyslová aktivizace je tedy pojem, který lze chápat jako „uvedení do pohybu“ za účasti veškerých smyslů. Pozitivní výsledek smyslové aktivizace je vytvoření motorické, kognitivní, verbální, skutečně komplexní činnosti.“ (Böhm, Psychobiografický model péče, r. 2015, s. 15).

„Právě u klientů s demencí představuje využití smyslové aktivizace novou možnost, jak poznat využitelné zdroje možné obnovy, jak je podchytit a použít. Trénujeme schopnost vyrovnat se s běžnými každodenními úkony (činnostmi), umožní se znova vyvolat slova, příhody, představy a emocionální dojmy, a tak se zase povzbudí možnost najít pozapomenutá slova. Pocit „stát se aktivně činný“ tak představuje kvalitu života, smysl života, radost ze života a mnoho dalšího.“ (Wehner a kol., Smyslová aktivizace, r. 2013, s. 16).

9.1 Krátkodobá smyslová aktivizace

Krátkodobá aktivizace představuje vědomé, cílené a pozorné zaměření na určité osoby, na skupiny s různými potřebami v rozdílných směrech. Má za úkol splnit potřeby, které mají velký význam pro pocit pohody a tím i kvalitu života ve stáří. Lidé každé věkové skupiny potřebují kromě zajištění a péče i značnou míru pocitu blízkosti a pozornosti. Touha po sociální integraci nás provází po celý život. Radost ze života zůstává zachována. Krátkodobá aktivizace v průběhu dne dává pečovatelskému týmu možnost přicházet k ošetřovaným, vytvářet vztahy a tím i základ pro vysokou kvalitu života ve stáří – žít s vědomím mezilidských vztahů s pečovateli. Krátkodobá aktivizace vyžaduje jen deset minut, a to dává možnost účelně využít cenné chvíle.

9.2 Plánování krátkodobé aktivizace

„Základním předpokladem dobré spolupráce je pocit společenství srdcem a citem. Pro skupiny se nabízejí jako vhodná místa jídelna, tělocvična, oblasti pro trávení volného času a zahrada. Při krátkodobé aktivizaci se podle metody „Montessori“ doporučuje vybrat nerušené místo, zapojení smyslů se dá dosáhnout za klidových situací. Bereme ohled na lidskou individualitu, známe biografii člověka. Zvolíme výchozí bod odpovídající roční době nebo jejím rituálům, anebo související s biografií daného člověka. Jestliže lidé nemají na práci nic „smysluplného“, vzdají se. Aktivizace má být cosi pozitivního, má přinášet potěšení, zábavu, radost, oživení, humor je důležitá součást života.“ (Wehner a kol., Smyslová aktivizace, r. 2013, s. 20).

10 REMINISCENCE

Vzpomínky a vzpomínání jsou přirozenou duševní činností člověka. Vybavování starých paměťových stop v různých souvislostech během celého života je základem lidské identity. Člověk je schopen si ve své paměti znovu vybavit své dřívější a dávné prožitky a zkušenosti – jak vnímal různé historické události nebo jak se na nich dokonce podílel, s kým se v životě potkal, kde žil a jak na něj jeho prostředí působilo, co uměl a kdo ho měl rád, jak prožíval své vztahy a kdo tvořil jeho rodinu, jaké byly zvyky a příběhy vyprávěné u nich doma - to vše je součástí představy člověka o sobě samém, vědomí celistvosti a kontinuity jeho života, sebehodnocení a sebeúcty, jeho vědomého já. Život provázejí neustále změny a ve starším věku zejména četné ztráty. To co drží identitu člověka pohromadě, jsou právě jeho vzpomínky. Když lidé přemístění do instituce opustí vše, s čím až dosud žili, a není nikdo, komu by o svém životě mohli vyprávět, pak často můžeme slyšet: *Nikdo se o mě nezajímá.*

Stačí málo, aby starý člověk začal vyprávět. Vzpomínky provázejí každého z nás v nejrůznějších podobách téměř na každém kroku, sledujeme televizní dokumenty, chodíme na historické filmy, čteme autobiografickou literaturu, vytváříme alba dokumentující vývoj našich dětí nebo cestovatelské zážitky, ukládáme si drahocenné předměty do tajných skříněk. Někdy stačí málo, procházka lesem, pohled do známé krajiny, vůně posekané trávy, melodie zapomenuté písničky, výročí nějaké události, setkání se starými přáteli a vzpomínky přijdou samy i s tehdy prožitými emocemi.

„Každý člověk potřebuje neustále, bezděčně či záměrně, potvrzovat svoji identitu. Jen málokdo si v tom vystačí sám. Péče orientovaná na člověka, neustále směřovaná k podpoře lidské důstojnosti, musí být založena na budování vztahu. Vzpomínky významnou měrou ovlivňují kvalitu lidského života. Jsou nástrojem kontaktu, který máme se sebou samými i se svým okolím, potvrzují kontinuitu našeho života. Ve vzpomínkách se člověk vyrovnává s tím, co prožil, s nejrůznějšími křivdami a konflikty. Skrz své vzpomínky bilancuje svůj životní příběh, aby jej nakonec mohl přijmout, smířit se a dosáhnout životní zralosti a naplnění.“ (Janečková, Vacková, Reminiscence, r. 2010, s. 11-12).

10.1 Úloha vzpomínek v kontextu stárnutí

Vzpomínání, které se výrazně častěji objevuje ve vyšším věku, je důležité z hlediska jeho terapeutického využití.

Erik Erikson (1902 – 1994), orientovaný vývojový psycholog, ve svém nejznámějším díle (*Dětství a společnost*, 2002) hovoří o této fázi jako o stadiu životní integrity a moudrosti. „*Dosažení integrity (tedy úplnosti, celistvosti, naplnění) je úkolem, který stojí v protikladu k životnímu marasmu, beznaději a zoufalství, rozpadu osobnosti, odmítnutí života, zklamání, ztrátě životního smyslu. Vzpomínky a jejich přehodnocení mohou přispět k novému zarámování života, ke skutečnému sebe přijetí, k rozvoji osobní identity a k udržení kontaktu se sebou samým i s okolním světem až do samotného konce života. Pokud starý člověk potlačuje své nevyřešené vztahy, konflikty či křivdy. Objevují se pocity úzkost, beznadějí až zoufalství. Bylo by škoda tohoto bohatství nevyužít, nepracovat s ním, nevážit si jej, neocenit jej a plýtvat s ním.*“ (Janečková, Vacková, Reminiscence, r. 2010, s. 15-16).

Nový pohled na stáří, které může být úspěšné a produktivní a nemusí být nezbytně spojené s nemocí, vyčleněním ze společnosti a zvláštnostmi chování a osobnosti, přinesl již koncem padesátých let 20. století také americký gerontolog a psychiatr **Robert N. Butler** (1927). Jako první upozornil na zavádějící mýty a předsudky zaměřené proti starým lidem a přispěl k rozšíření pojmu *ageismus*. Životní rekapitulace má mnoho podob a je komplexní. Nejde tedy o žádný únik do života v minulosti nebo „bloudění v myšlenkách“, jak tvrdily tehdy běžné názory i výsledky studií v institucích poskytujících dlouhodobou péči o nemocné staré lidi. Vždy jde o strukturovanou aktivitu napomáhající starému člověku, aby si vybavil dávné nevyřešené konflikty.

Naomi Feilová (1932) získala životní zkušenosti jako sociální pracovnice. V průběhu šedesátých a sedmdesátých let 20. století rozvíjela a propracovávala svůj koncept nespokojenosti s tradičními přístupy k dezorientovaným starým lidem. Ty zdůrazňovaly nutnost vtahovat nemocné seniory do reality, v níž se právě nacházejí, a zklidňovat je, projeví-li se u nich nepřiměřené emoce nebo nezvládnutelné chování. Zjistila, že pracuje především s emocionálním prožitkem, který je účinnější než snahy orientovat tyto lidi v aktuální realitě. Propracovala techniky rozvíjející empatii a navazující účinný kontakt s dezorientovanými jedinci. Jednou z důležitých technik je reminiscence. Zatímco demence vede k postupné ztrátě paměti i komunikačních dovedností,

reminiscence upozorní na původní, silné stránky člověka. Reminiscence napomáhá tomu, aby pečující osoba dobře poznala klienta nebo rodinného příslušníka, kterému poskytuje péči. Pomáhá k důstojnému přijetí nemocného člověka, umožňuje potvrzování jeho hodnoty, navazování kontaktu a budování vztahu, a to i v případě, když někdo nenaplnil své životní úkoly a jeho vztahy k druhým byly komplikované. Reminiscenční terapie může pomoci prolomit bariéru demence, zachovat si důstojnost, zmírnit úzkost a osamění, obnovit pocit rovnováhy, vypořádat se s nedokončenými úkoly. (Feilová, r. 1993).

Studium postojů ke stárnutí a stáří vytváří teoretický rámec pro pochopení významu vzpomínek starých lidí. Mezi starými a mladými členy společnosti existuje zřetelná dělicí čára. Staří lidé jsou často zdrojem humoru nebo naopak terčem nespravedlivého, či dokonce násilného jednání. Starý člověk je vykreslován jako slabý a zranitelný, hodný politování. Stáří je vnímáno jako období chátrání a úpadku, které je spojeno se zdravotními problémy, ztrátou nezávislosti a s přibývajícím nezpůsobností. Staří lidé často stáří vnímají pozitivně, jako možnost růstu, rozvoje a pozitivních změn. Z perspektivy životního cyklu je stáří vnímáno pouze jako jedna z fází života, jako multidimenzionální zkušenost zahrnující ztráty i zisky podobně, jako tomu je i v jiných životních etapách (Baltes, 1991, Valliant, 2002).

Vzpomínání pomáhá starším lidem přizpůsobit se nové životní zkušenosti spojené se ztrátou společenské role, pocitem životní prázdnoty. Tendence vzpomínat je spojena se snahou porozumět sám sobě. Ve vyšším věku je vzpomínání intenzivnější. Přispívají k tomu také proměny mozkové tkáně, k nimž v tomto vývojovém stádiu dochází.

10.2 Definice a přístupy k reminiscenční terapii

Pojem reminiscence je považován jako synonymum českého výrazu vzpomínka či vzpomínání. Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová nebo taneční hudba). Její využití je zvláště vhodné u osob s demencí. Oživení minulých zkušeností, zejména těch, které jsou zpravidla pozitivní a osobně hodně důležité, jako jsou rodinné události,

svátky a slavnosti, svatby. Při vzpomínání ve skupině lze využít uměleckého projevu, kreslení, zpěvu, tance, pantomimy a dramatizace včetně divadelních kostýmů, krojů či kulís, to je všeho, co působí jako podněty pro vyvolání vzpomínek. Základním terapeutickým prvkem všech reminiscenčních přístupů je navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti a potěšení i kognitivní stimulace. Nelze však podcenit ani potřebu mnoha lidí vyrovnávat se v průběhu reminiscence s traumatickými zkušenostmi z války či osobního života. „*Reminiscence, která doprovází životní rekapitulaci starého člověka, jde většinou o spontánní psychický proces. Jejich hlavním cílem je navození dobré nálady. Je třeba, aby reminiscenční asistenti nepřekračovali svoji roli.*“ (Vondráček, r. 1973, 1978, 1988), (Woods r. 1992, s. 138).

10.3 Narativní přístup

Pracuje s vyprávěnými vzpomínkami. Nejčastěji jde o vyprávění příběhů ze života. Je to příležitost k setkání lidí, ke sdílení a předávání zkušeností i subjektivního vnímání a hodnocení historických událostí. Jde o setkání rodiny nebo přátel, kdy se společně vzpomíná. Naopak snaha hodnotit něčí vzpomínky by mohla vést k ohrožení bezpečí přítomných. Vzpomínání se snaží odhalit nitro člověka, lidé si kontrolují, co ze svých vzpomínek dají k dispozici ostatním. Facilitátor musí být schopen stimulovat rozhovor a zároveň mlčet a naslouchat. (Noris, r. 1986 a Schevietserová, r. 2008).

10.4 Reflektující přístup

K těmto přístupům patří především **životní rekapitulace** Roberta Butlera. Je považována za speciální formu reminiscence a byla definována jako proces prozkoumávání, organizování a hodnocení celkového obrazu života jednotlivce. Jde o vybavování vzpomínek v rozhovoru, který probíhá tváří v tvář mezi terapeutem a jedním účastníkem za účelem celkové reflexe a porozumění životu i se všemi obtížemi, konflikty a traumaty, hledání smyslu života a jeho konečného přijetí takového, jaký byl. Proces životního bilancování může probíhat i v naprostém soukromí, jako monolog. Je to proces někdy hodně rozporuplný, nabitý emocemi, ironií, momenty úsměvnými i tragickými (Butler 1963).

Reflektující nebo bilanční přístupy pomáhají starým lidem v získání sebeúcty, psychologické rovnováhy a spokojenosti. Často vedou k odpuštění a usmíření mezi přáteli a blízkými členy rodiny. Měly by se stát součástí celkové péče o zdraví seniorů.

Philippe Cappeliez rozvinul vlastní model **kognitivně-reminiscenční terapie** určené zejména pro osoby s depresí a poruchami kognice. Jde o jasně strukturovaný postup, kdy se malá skupina 4 – 6 lidí schází pravidelně jedenkrát týdně na 60 – 90 minutových sezeních po dobu 6 – 12 týdnů. Každý účastník dostane vymezený čas, v němž mluví o svém životě. Mezi témata patří vztahy mezi rodiči nebo mezi sourozenci, životní úspěchy a prohry, příběhy z rodiny nebo z pracovního prostředí, hlavní životní křížovatky, životní cíle, odkazy mladší generaci.

Mezi hodnotící přístupy můžeme řadit i reminiscenci uplatňovanou jako jednu z technik validace. K dalším validačním technikám patří blízký oční kontakt, dotek, kladení jednoduchých neohrožujících otázek, opakování, parafrázování a zrcadlení, užívání jasného, ale hlubšího a tichého hlasu a podobně. (Cappelier, r. 2004).

10.5 Informační přístup

Podle gerontologa Petera Colemana klade důraz na předávání poznatků. Jde zejména o využívání autobiografické metody, kdy lidé vyprávějí svůj osobní příběh v kontextu historických událostí, podávají vlastní interpretaci těchto událostí a přinášejí poučení mladší generaci. Taková reminiscence plní významnou společenskou roli. Pro ty seniory, kteří ztratili odchodem do důchodu svoji společenskou pozici, je to jedinečná příležitost, jak jí opět najít a úspěšně se adaptovat na stáří. Ty funkce vzpomínání, které se vztahují k osobnímu „já“, mají naopak přímý, důležitý a dlouhodobý vliv zejména na duševní zdraví seniorů.

„Reminiscence není vhodná pro každého starého člověka. Někteří lidé na ni nemusí být dostatečně připraveni, pro vzpomínání není vždy vhodný okamžik. Mnozí autoři popisují reminiscenci jako způsob adaptace na problémy a četné ztráty či změny spojené se stářím. Navíc může být reminiscenční terapie prostředkem zapojení, probuzení zájmu o vlastní osobu, získání nové role vyprávěče příběhů. Reminiscence může být aktivitou povzbuzující a uspokojující, ale může to být také rušivý proces vyvolávající obavy.“ (Coleman, r. 1974, Cohen, r. 1998 a Janečková, Vacková, Reminiscence, r. 2010, s. 30).

PRAKTICKÁ ČÁST

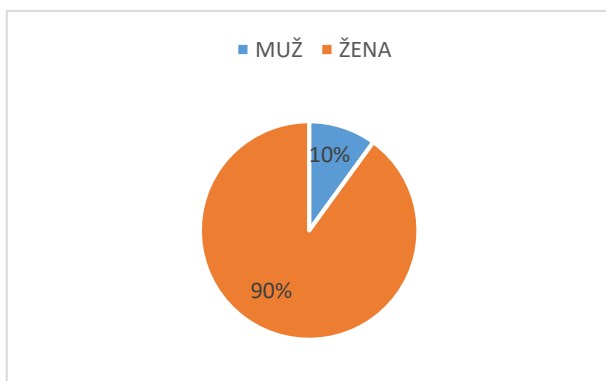
11 VÝSELDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Cílem praktické části je získat informace o individuálním plánování v zařízeních domovů pro seniory formou výzkumu. Ten byl proveden ve třech zařízeních sociální péče, kde je celkem přes 200 uživatelů. Výzkumného šetření se zúčastnilo pouze 120 z nich. Rozdíl v počtu uživatelů a účastníků výzkumu je způsoben především tím, že někteří se odmítli zúčastnit a jiní by pro vysoký stupeň demence nedokázali na zadané otázky adekvátně odpovědět.

11.1 Výsledky realizovaného výzkumu

Graf 1: Procentuální zastoupení pohlaví v domovech pro seniory

„*Jaké je Vaše pohlaví?*“

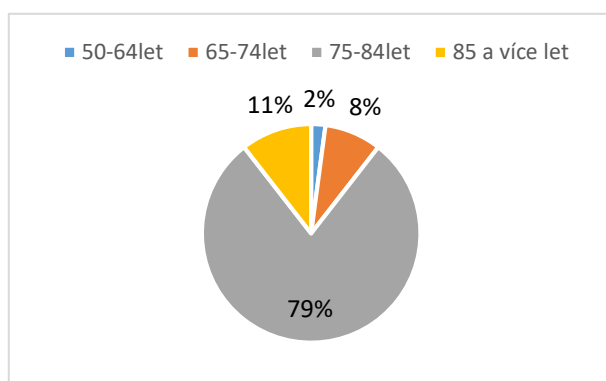


Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Odpověď na první otázku ukazuje, že v zařízeních sociální péče je 90% žen a jen 10% mužů.

Graf 2: Věkové zastoupení klientů v domovech pro seniory

„Do jaké věkové skupiny patříte?“

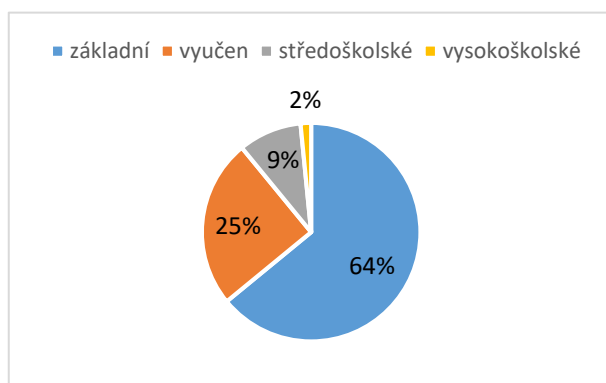


Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Druhá otázka ukazuje, že 79% klientů je ve věku 75-84% let. 11% klientů je ve věku 85 a více let, 8% klientů je ve věku 65-74 let a pouze 2% jsou klienti ve věku 50-64 let. Většinou jde o klienty tělesně a duševně postižené.

Graf 3: Poměr stupně vzdělání v domovech pro seniory

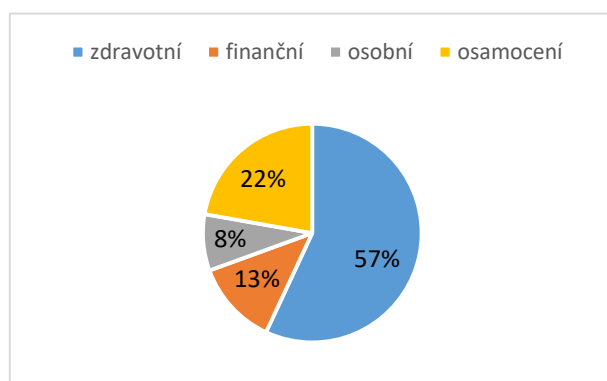
„Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“



Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Ve třetí otázce je 64% klientů pouze se základním vzděláním, 25% klientů je vyučeno, 9% má středoškolské vzdělání a pouze 2% klientů má vysokoškolské vzdělání.

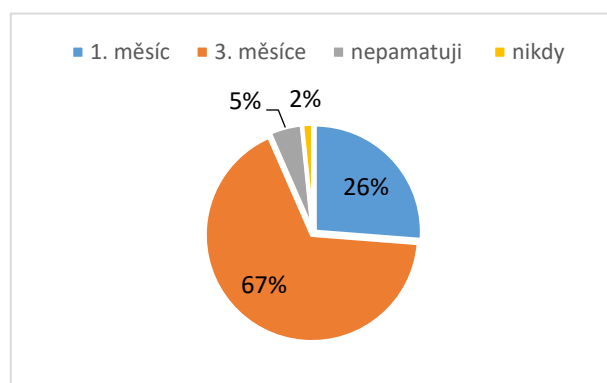
Graf 4: Důvod umístění v domovech pro seniory
„jaký je důvod zvolení zařízení pro seniory?“



Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Ve čtvrté otázce odpovědělo více jak polovina 57% klientů, že důvodem umístění do zařízení byly zdravotní důvody, 22% se cítili osamocení, 13% uvedli důvody finanční a 8% klientů se přiklonili k důvodům osobním.

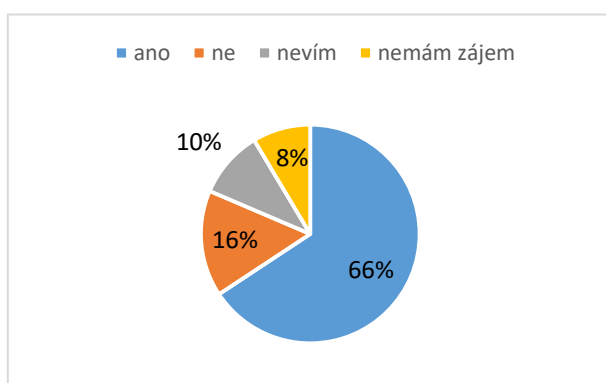
Graf 5: Délka adaptace v domovech pro seniory
„Jak proběhla adaptace v zařízení?“



Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Na pátou otázku odpovědělo 67% klientů, že adaptační proces u nich proběhl do třech měsíců pobytu. U 26% klientů do jednoho měsíce, 5% si již nepamatuje a pouze 2% klientů uvedla, že si v zařízení nezvykne nikdy.

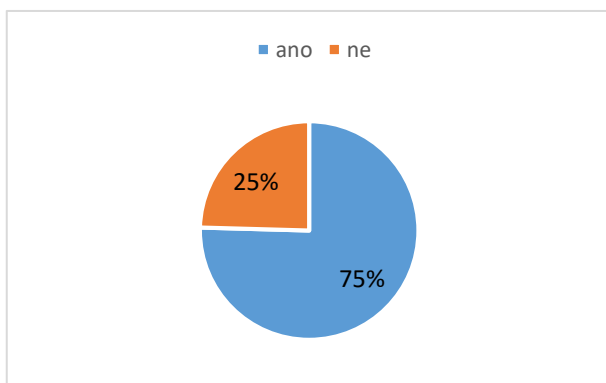
Graf 6: Dostatečné množství akcí v domovech pro seniory
„Myslíte si, že naše zařízení pro Vás dělá dostatek akcí?“



Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

U otázky číslo šest si 66% klientů myslí, že množství akcí je adekvátní, 16% klientů se domnívá, že akcí je málo, 10% klientů neví a 8% klientů uvedlo, že o žádné akce nemá zájem.

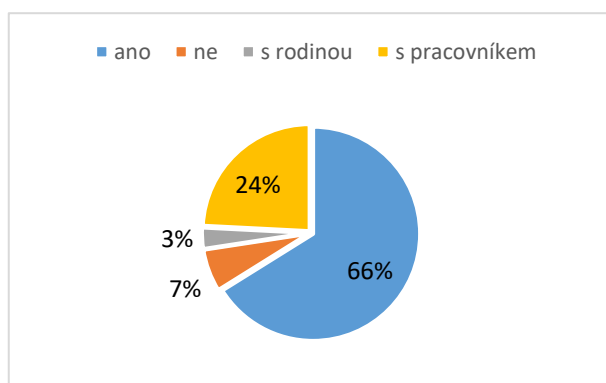
Graf 7: Znalost klíčového pracovníka
„Víte, kdo je Váš klíčový pracovník?“



Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Na sedmou otázku zda vědí, kdo je jejich klíčový pracovník, odpovědělo 75% z nich kladně a 25% klientů neví.

Graf 8: Jak si klienti v domovech pro seniory vyplňují volný čas
„Plánujete si vyplňování volného času sami?“

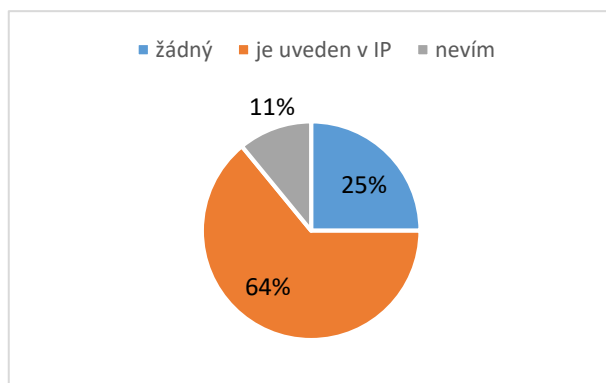


Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

U odpovědi na osmou otázku si 66% klientů svůj volný čas vyplňuje sám, 24% s klíčovým pracovníkem, 7% si svůj volný čas nevyplňuje ničím a 3% se domnívá, že volný čas vyplňuje po dohodě s rodinou.

Graf 9: Cíl aktivit

„Jaký cíl svých aktivit jste si stanovili?“

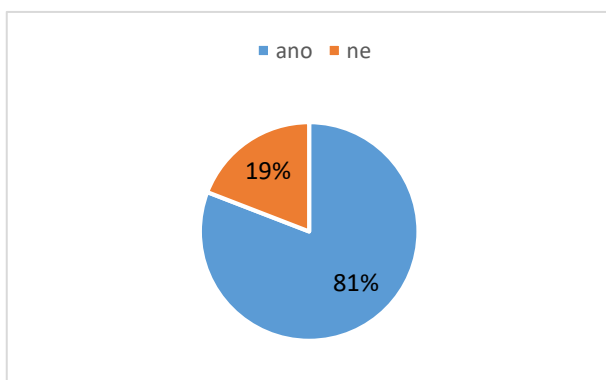


Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

U deváté otázky 64% klientů odpovědělo, že cíl svých aktivit má uveden v individuálním plánu, 25% klientů nemá cíl žádný a 11% klientů neví.

Graf 10: Zájem o volnočasové aktivity v zařízeních

„Máte zájem se v našem zařízení ještě něčemu věnovat?“

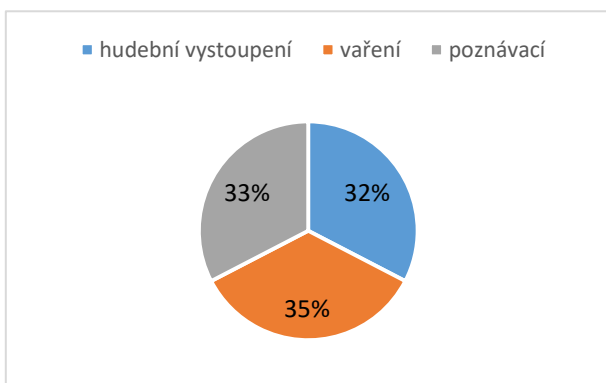


Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Na otázku číslo deset odpovědělo 81% klientů, že by se rádi věnovali i nějakým jiným činnostem, než těm, které jim nabízeny a pouze 19% klientů se domnívá, že aktivity v zařízeních jsou dostačující.

Graf 11: Jakým aktivitám by se chtěli klienti věnovat

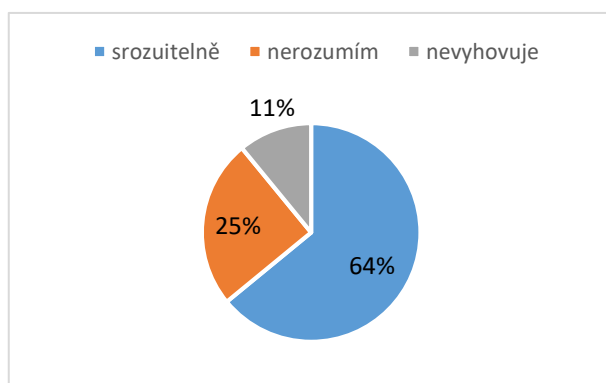
„Protože máte zájem se ještě něčemu věnovat, můžete mi prosím, sdělit čemu?“



Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

U jedenácté otázky se klienti v 33% shodli na aktivitách spojených s hudbou a na poznávacích aktivitách. 35% klientů by rádo rozšířilo aktivity spojené s vařením.

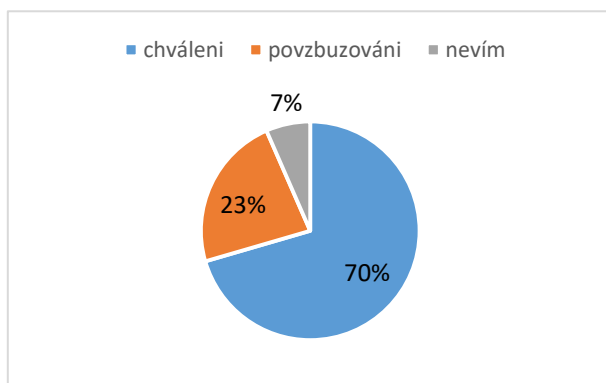
Graf 12: Komunikace klíčového pracovníka s klienty v zařízeních
„Komunikuje s Vámi klíčový pracovník?“



Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Na odpověď u dvanácté otázky se 64% klientů domnívá, že klíčový pracovník s ním hovoří srozumitelně, naopak 25% mu nerozumí a 11% klientů klíčový pracovník nevyhovuje.

Graf 13: Hodnocení klientů při individuálním plánování
„Jak jste při činnostech vycházejících z individuálního plánování hodnoceni?“

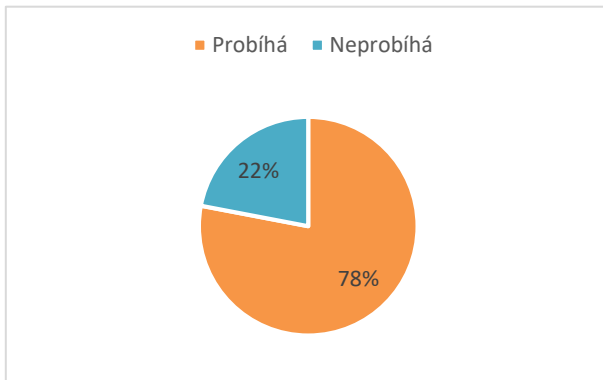


Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

U třinácté otázky se 70% klientů domnívá, že je při činnostech chváleno, 23% povzbuzováno a pouze 7% klientů neví.

Graf 14: Průběh individuálního plánování v čase

„Provádí se individuální program v přesně daném čase?“

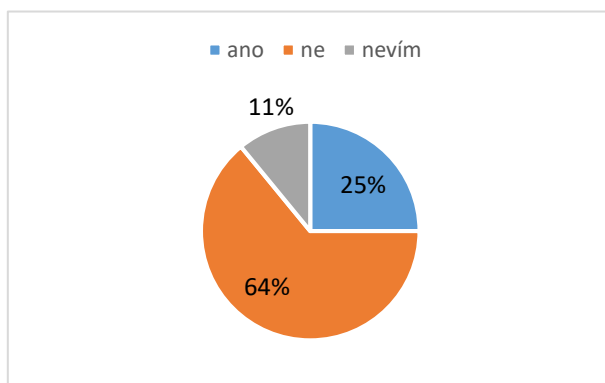


Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

U čtrnácté otázky odpovědělo 78% klientů, že individuální program probíhá vždy ve stejný čas, pouze 22% klientů odpovědělo záporně.

Graf 15: Vliv ročních období na individuální plánování

„Myslíte si, že individuální plán by měl vycházet z ročních období?“

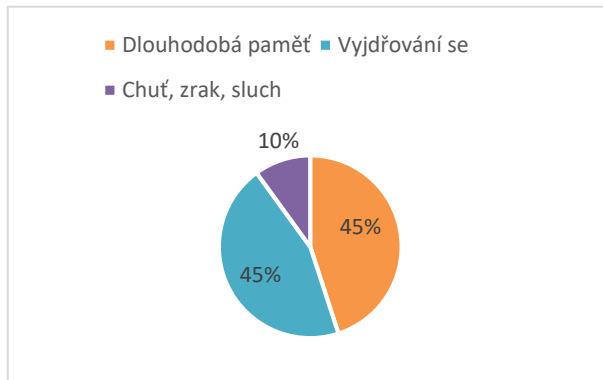


Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

Na patnáctou otázku, zda by se mělo individuální plánování provádět dle ročních období, odpovědělo kladně 64% klientů, 25% záporně a 11% neví

Graf 16: Zájem o využití poznávacích (kognitivních) stránek a funkce smyslů

„Máte zájem, při tvorbě individuálních plánů, využívat poznávacích (kognitivních) stránek a funkce smyslů?“



Zdroj: autor práce, 2017 (vlastní šetření)

U šestnácté otázky došlo ke shodě 45% při využití kognitivních funkcí, pouze 9% klientů chce využívat chuť, zrak, sluch.

Hypotéza č. 1: Přístup k individuálnímu plánování závisí na zařízení sociální péče pro seniory.

Hypotéza č. 2: Cílený rozhovor je v individuálním plánování odlišný od pozorování klientů.

Hypotéza č. 3: Individuální plán ukazuje větší soběstačnost klientů

11.2 Hodnocení cílů a hypotéz

U cíle č. 1 bylo zjištěno, že možnosti a přístupy k individuálnímu plánování byly splněny, do jednoho měsíce se se zařízeními a jejich činnostmi adaptovalo 67% klientů. Také 66% klientů si myslí, že pro ně zařízení dělá dostatek akcí v rámci individuálního plánování.

U cíle č. 2 bylo zjištěno, že rozhovor s klienty o individuálním plánování byl zaměřen na volnočasové aktivity. 64% klientů a 81% klientů by se rádo věnovalo, i dalším individuálním činnostem. 64% klientů se domnívá, že cílené komunikaci dobře rozuměli.

U cíle č. 3 bylo zjištěno, že činnosti v individuálním plánování vedou k větší soběstačnosti, protože 70% klientů se domnívá, že jsou chváleni. Individuální program v 78% odpovědí je vždy ve stejném čase, ale pouze 45% si rozvíjí kognitivní funkce.

Hypotéza č. 1 byla více jak z poloviny potvrzena.

Hypotéza č. 2 byla více jak z poloviny potvrzena.

Hypotéza č. 3 byla splněna pouze na 45% ve smyslu rozvoje kognitivních funkcí, ale 70% tazatelů potvrdilo, že pochválení vede k jejich dalším činnostem, stejně jako 78% odpovědí ukazuje, jaký vliv má u seniorů přesné dodržování organizace času.

11.3 Celkové zhodnocení výzkumu

V první otázce byl položen dotaz na určení pohlaví. Bylo jasně ukázáno, že v zařízeních sociální péče je 90% žen a jen 10% mužů.

Druhou otázkou bylo zjišťováno věkové rozhraní dotazovaných. Závěrem bylo zjištěno, že 79% klientů je ve věku 75-84 let. 11% klientů je ve věku 85 a více let, 8% klientů ve věku 65-74 let a 2% ve věku 50-64 let, bohužel s tělesným a duševním postižením.

Třetí otázka byla zaměřena na určení poměru stupně vzdělání v domovech pro seniory a ukázala, že 64% klientů má pouze základní vzdělání, 25% klientů je vyučena, 9% má středoškolské vzdělání a pouze 2% klientů má vysokoškolské vzdělání.

Čtvrtá otázka se ptala, po důvodu umístění v domově pro seniory. 57% je zde umístěno ze zdravotních důvodů, 22% klientů se cítí osamoceno, 13% uvedlo finanční důvody a z 8% se jedná o důvody osobní.

V páté otázce jsme se zajímali o délku adaptace v domovech pro seniory. Ukázalo se, že v 67% proběhla do třech měsíců, v 26% do jednoho měsíce, 5% klientů si již nepamatuje a 2% klientů uvedla, že si nezvykne nikdy.

V šesté otázce jsme zjišťovali, zda je počet pořádaných akcí v domovech pro seniory dostatečný. 66% klientů se domnívá, že akcí je dostatek, 16% klientů, že akcí je málo a 10% klientů neví, pouze 8% klientů se žádných akcí, které jsou pořádány, nezúčastňuje.

Na sedmou otázku, zda klienti vědí, kdo je jejich klíčový pracovník, odpovědělo 75% kladně a 25% neví.

V osmé otázce jsme se zeptali, jak klienti v domovech pro seniory tráví volný čas. 66% klientů vytváří něco sami, 21% si svůj volný čas domlouvá s klíčovým pracovníkem, 7% nedělá nic a pouze 3% s rodinou.

V deváté otázce nás zajímalo, co je cílem aktivit. 64% klientů má svůj cíl uveden v individuálním plánu, 25% klientů nemá cíl žádný a 11% klientů neví.

U desáté položené otázky nás zajímal zájem o volnočasové aktivity. V 81% by se klienti ještě rádi věnovali i jiným činnostem, pouze 19% se domnívá, že aktivity jsou dostačující.

Na jedenáctou otázku jakým aktivitám by se chtěli klienti ještě věnovat, došlo v 33% ke shodě, a to na aktivitách spojených s hudbou a s poznávacími aktivitami. 35% klientů by přivítalo více aktivit spojených s vařením.

U dvanácté otázky nás zajímala komunikace klíčového pracovníka s klienty v zařízeních sociální péče. 64% klientů, si myslí, že klíčový pracovník s ním hovoří srozumitelně, 25% klíčového pracovníku nerozumí a 11% klientů klíčový pracovník nevyhovuje.

Ve třinácté otázce nás zajímalo, hodnocení klientů při individuálním plánování. 70% klientů se domnívá, že jsou chváleni, 23% povzbuzováni a pouze 7% neví.

U čtrnácté otázky zda individuální plánování probíhá vždy ve stejný čas, odpovědělo 78% klientů, že individuální program probíhá vždy ve stejný čas, jen pouze 22% klientů odpovědělo záporně.

Na patnáctou otázku zda má vliv roční období na individuální plánování, se ukázalo, že 64% klientů se domnívá, že ano, 25% klientů se domnívá, že nikoli a 11% klientů neví.

U šestnácté otázky o využití poznávacích (kognitivních) stránek a funkcí smyslů došlo v 45% ke shodě, pouze 9% chce využívat chuť, zrak a sluch.

ZÁVĚR

Cíle bakalářské práce potvrdily důležitost přístupu k individuálnímu plánování. Zároveň ukázaly, jak činnosti plánů zajišťují větší soběstačnost u seniorů v sociálních službách. Cíle práce byly splněny formou cílené komunikace a to ve vztahu k činnostem klíčového pracovníka především při stanovení cílů individuální péče.

Standardy kvality sociálních služeb, a to konkrétně standard číslo 5, by měl ukázat, co přináší individuální plánování klientům, jak je nutné, aby odpovídal jejich potřebám a problémům a tím dojde k maximálnímu naplnění jejich osobního cíle.

Člověk, který potřebuje pomoc druhé osoby a jeho rodina mu tuto pomoc nemůže zajistit v domácím prostředí, musí volit možnost využití pobytového zařízení. Aktivizace je přímo vymezena zákonem jako jedna z poskytovaných činností. Cílem je vytvářet pro seniora podpůrné prostředí, v němž bude mít možnost dělat to, co jej baví a dělá mu radost. Tyto činnosti pak pomáhají udržet subjektivní pocit kvality života na co nejvyšší úrovni. Ke klientům je nutné přistupovat individuálně a poskytnout tak, plánovaný průběh plnění cílů. Individuální plánování je vysvětleno z nastudovaných zdrojů jako proces, v jehož průběhu dochází ke kontaktu klíčového pracovníka a uživatele. Je základem pro posouzení situace klienta a výsledkem je kvalitně naplánovaná služba.

Výzkumný vzorek mé bakalářské práce, který činil 120 respondentů, nemůže být chápán jako reprezentativní, ale díky výpovědi respondentů přináší zajímavé a místy nové informace, které mohou být využity v další odborné práci a to ve vlastní praxi sociálních služeb.

Z odpovědí respondentů na otázky se výsledky hypotézy č. 1 potvrdily více jak z poloviny. Ve všech třech pracovištích, (i když se pracuje s klienty, u kterých je 79% starších 75-84 let), je prostředí esteticky upravené a příjemné. Při tvorbě individuálního plánování je všude patrná snaha o vytváření prostředí, které odpovídá cílové skupině seniorů.

I u hypotézy č. 2 se odpovědi respondentů potvrdily více jak z poloviny. Jak uvádíme v grafech, v průměru 7% klientů nerozumí zadaným činnostem, nechápe je, anebo dokonce odpovídá svým nezájmem.

Z odpovědí respondentů na otázky se výsledky hypotézy č. 3 potvrdili jen částečně. Ukázali nám, jak je potřebné individuální plánování s každým uživatelem. Pokud jsou

chválení a pokud jsou činnosti prováděny ve smyslu plnění jejich osobních přání a cílů, podporuje jejich soběstačnost. Ta se také ukazuje tam, kde se klient zná dobře se svým klíčovým pracovníkem.

Používané standardy kvality sociálních služeb byly vytvořeny tak, aby zapadaly do evropského sociálního modelu. Cílem je partnerství, posílení rozvoje osobnosti a trvalé zlepšení stavu uživatelů. Standard musí být i v individuálním plánu postaven tak, aby byl měřitelný a průkazným způsobem se dala posoudit jeho kvalita.

V práci jsme ukázali změnu ve strategii současných sociálních služeb. Změna znamená a předpokládá zásadní pochopení pracovníků v sociálních službách pro přímou obslužnou péči v kvalifikačním zařazení klíčového pracovníka.

Cílem mělo být ukázat, nutnost dostat rozsáhlé novinky do celoživotního vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Současná společnost potřebuje připravené odborníky s odpovídající kvalifikací.

Základní lidské potřeby společně s potřebami nadstavbovými jsou základním pilířem práce v sociálních službách v kontextu spolupráce s rodinou či příbuznými uživatelů, kteří pak v pobytových zařízeních prožijí zbytek života.

Od roku 1989 prošly sociální služby rozsáhlými změnami. Dochází stále k větší komercializaci a je velmi nutné začít pracovat koncepčně a s komplexní legislativou pro všechny subjekty. Tím, že dochází k nové náplni pracovníků přímé obslužné péče, je nutné z mého pohledu přemýšlet o lepším finančním ohodnocení a uvědomění si, co je ekonomické hospodaření s lidskými zdroji, aby nedocházelo ke snižování váhy této potřebné profese.

Možné způsoby řešení vidím v lepším objasnění funkce individuálního plánování pracovníků, kteří si tyto hodnoty ještě nedokázali osvojit. Mělo by k tomu docházet například formou společných schůzek pracovníků v sociálních službách, a to za přítomnosti kompetentních nadřízených pracovníků, kde mohou být probírány příklady z praxe a podávány návrhy na řešení nesprávně vyhotovených plánů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BÖHM, E. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. 2. vydání. Medical Services, 2015, ISBN 978-80-204-3197-4
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4
- HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2013, ISBN 978-80-247-4697-5
- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-581-3
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2169-9
- KOLEKTIV AUTORU, *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*, 1 vydání. Tábor: Rudi, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4
- KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči, komentář, právní předpisy*. 2. vydání, Ostrava: Anag, 2008, ISBN 978-80-7263-462-0
- KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. *Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*, ISBN 978-80-254-3427-7
- KUBÁTOVÁ, B. *Práce v sociálních službách*, 1 vydání. Praha: FXF, 2012, ISBN 978-8-87755-08-2
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3148-3
- MATOUŠEK, O. A KOL. *Základy sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4
- MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- MPSV ČR. *Standardy kvality sociálních služeb – výkladový sborník pro poskytovatele: Výstupy z tematických diskusních setkání a práce odborných týmů pro jednotlivé oblasti*. Praha: MPSV ČR 2008
- RHEINWELDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing 1999, ISBN 80-7169-828-8
- SCHULER, M., OSTER, P. *Geriatric od A po Z pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-3013-4

STAŇKOVÁ, M. Role klíčového pracovníka v domově pro seniory. *Sociální práce*. 2011, roč. 11, č. 3, s. 44-45. ISSN: 1213-6204

TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vydání. Brno: IDV PZ, 2001, ISBN 80-7013-324-8

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5

WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. 1 vydání. Praha: Grada Publishing, 2013, ISBN 978-40-247-4423-0

Vyhláška 505/ 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

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

Seznam použitých internetových zdrojů

MPSV ČR. Kvalita života ve stáří. *Národní program přípravy na stáří na období let 2008-2012* (online). (cit. 2014-02-18). Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/2856>

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam grafů

Graf 1:	42
Graf 2:	43
Graf 3:	43
Graf 4:	44
Graf 5:	44
Graf 6:	45
Graf 7:	45
Graf 8:	46
Graf 9:	46
Graf 10:	47
Graf 11:	47
Graf 12:	48
Graf 13:	48
Graf 14:	49
Graf 15:	49
Graf 16:	50

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Individuální plán	I
Příloha B – Dotazník.....	V

SEZNAM ZKRATEK

INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Jméno a příjmení uživatele:.....

Jméno a příjmení klíčového pracovníka:

Datum realizace individuálního plánování:.....

1. POTŘEBY NEBO CÍLEco byste potřeboval/la, čeho byste chtěla v rámci spolupráce dosáhnout.

2. NABÍDNUTÁ PODPORA

Dům seniorů - Domov důchodců

3. DOHODA jak budou osobní cíle nebo potřeby naplněny? Co udělám sám/a ,co udělá pracovník,
TERMÍNY, do kdy budou cíle splněny, PŘEKÁŽKY, které mohly bránit v naplnění cíle

Kroky vedoucí k naplnění cíle

Dům seniorů - Domov důchodců

4.ZHODNOCENÍ INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNU A OSOBNÍCH CÍLŮ

Zhodnocení ze dne.....

a) Zhodnocení spolupráce při naplňování cíle:

b) Co se podařilo?

c) Co se nepodařilo a proč?

d) Překážky, které bránily v naplnění cíle:

Podpis klíčového pracovníka:

Datum:

Dům seniorů - Domov důchodců

5.SPOKOJENOST:s aktivitami v rámci služby, s průběhem služby, s prostředím služby, s přístupem klíčového pracovníka.

Příloha B - Dotazník

Vážená paní, vážený pane jsem studentkou 3. ročníku Univerzity J. A. Komenského specializace Ekonomika a management obor Řízení lidských zdrojů. V současné době vypracovávám svojí bakalářskou práci na téma Individuální plánování v pobytových zařízeních domovech pro seniory. V této souvislosti si Vás dovoluji požádat o vyplnění níže uvedeného dotazníku, který bude sloužit jako podklad k praktické části bakalářské práce. Dotazník je anonymní a jeho vyplnění Vám zabere 10-15 minut. V dotazníku jsou navrženy odpovědi, zaškrtněte pouze jednu Vám nejbližší. S výsledky dotazníkového šetření se můžete seznámit po obhajobě bakalářské práce v knihovně UJAK.

Děkuji za ochotu vyplnění dotazníku.

1) Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2) Věková skupina

- a) 50-64 let
- b) 65-74 let
- c) 75-84 let
- d) 85 a více let

3) Nejvyšší dosažené vzdělání

- a) základní
- b) vyučen
- c) středoškolské
- d) vysokoškolské

4) Důvod zvolení zařízení pro seniory

- a) zdravotní
- b) finanční
- c) osobní problémy v rodině
- d) osamocení

5) Adaptace v zařízení proběhla

- a) do 1 měsíce
- b) do 3 měsíců
- c) nepamatuju se
- d) nikdy

- 6) Myslíte si, že naše zařízení pro Vás dělá dostatek akcí?
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
 - d) nemám o ně zájem
- 7) Víte, kdo je Váš klíčový pracovník
- a) ano
 - b) ne
- 8) Plánujete si vyplnění volného času sám/a?
- a) ano
 - b) ne
 - c) s rodinou
 - d) s klíčovým pracovníkem
- 9) Jaký cíl svých aktivit jste si stanovil/a?
- a) žádný
 - b) je uveden v mém individuálním plánu
 - c) nevím
- 10) Máte zájem se ještě něčemu věnovat v našem zařízení?
- a) ano
 - b) ne
- 11) Protože máte zájem se ještě něčemu věnovat, můžete mi prosím sdělit čemu?
- a) více hudebních vystoupení
 - b) více akcí spojených s vařením
 - c) více poznávacích aktivit
- 12) Komunikuje s Vámi klíčový pracovník?
- a) srozumitelně
 - b) nerozumím mu
 - c) vyžaduje komunikaci v čase, který Vám nevyhovuje
- 13) Jste při činnostech vycházející z individuálního plánu
- a) chválení
 - b) povzbuzování
 - c) nevím

14) Provádí se individuální program v přesně daném čase?

a) ano

b) ne

15) Myslíte, že individuální plán by měl vycházet z ročních období?

a) ano

b) ne

c) nevím

16) Máte zájem při tvorbě individuálních plánů využívat poznávacích (kognitivních) stránek a funkce smyslů?

a) dlouhodobé paměti

b) vyjadřování se

c) chuť, zrak, sluch

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Vladislava Vošická

Obor: Řízení lidských zdrojů

Forma studia: kombinované

Název práce: Individuální plánování v pobytových zařízeních domovů pro seniory

Rok: 2017

Počet stran textu bez příloh: 54

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů českých použitých zdrojů: 21

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Dubský, CSc.