

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

**Pedagogická fakulta**

**Ústav pedagogiky a sociálních studií**

**Bakalářská práce**

**Senioři se zdravotním postižením**

Olomouc 2012

Vedoucí práce: Doc. Dr. Jitka Skopalová, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedenou literaturu.

## Úvod

<b>1 Kvalita života seniorů.....</b>	<b>8</b>
1.1 Pojem stárnutí a stáří.....	8
1.2 Ageismus a postoj společnosti ke stáří.....	10
1.3 Podněty pro úpravu stylu života ve třetím věku .....	11
1.4 Zdravotní stav starého člověka.....	12
1.5 Péče o seniory.....	15
1.6 Základní formy péče.....	16
1.6.1 Rodinná péče.....	16
1.6.2 Terénní péče.....	17
1.6.3 Ústavní péče.....	19
<b>2 Zdravotní postižení a komunikace s lidmi se zdravotním postižením.....</b>	<b>22</b>
2.1 Definice a okruhy osob se zdravotním postižením.....	22
2.3 O historii péče osob se zdravotním postižením.....	24
2.4 Typy postižení.....	27
2.4 postižení člověka ve společnosti.....	30
2.5 Kompenzace zdravotního postižení.....	34
2.6 Rehabilitace osob se zdravotním postižením.....	38
2.7 Komunikace s lidmi s postižením.....	41
2.7.1 Komunikace s lidmi s tělesným postižením.....	42
2.7.2 Komunikace s lidmi s mentálním postižením a psychickými poruchami.....	44

2.7.3 Komunikace s lidmi se zrakovým postižením.....	46
2.7.4 Komunikace s lidmi se sluchovým postižením.....	48
2.7.5 Komunikace s lidmi s poruchami řeči.....	51
<b>3 Domov seniorů Břeclav.....</b>	<b>55</b>
3.1 Služby domova.....	56
3.2 Studium a záznam ze spisů.....	57
3.3 Hodnocení služeb a práce v domově.....	59
<b>4 Závěr.....</b>	<b>61</b>

## Úvod

Staří lidé. Je to okruh lidí, kterým běžně v dnešní době říkáme důchodci. Neměli bychom je takto jednoznačně pojmenovávat. Vždyť celý svůj život věnovali tomu, abychom se my, mladší, měli lépe, předávali nám své zkušenosti, učili nás lásce k sobě i druhým, zodpovědnosti i práci. V poslední fázi svého života nechtějí být tedy pouhými konzumenty svých úspor a důchodů, nechtějí nám být na obtíž a zatěžkávat nás svými obtížemi a problémy. Jsou jedni z nás. Také byli dětmi, prožívali mládí, dospívali, měli děti, budovali, a teď prostou přirozenou cestou zestárlí. Jsou tu s námi, patří mezi nás a my jsme tu proto, abychom jim podzimní období života pomohli pěkně prožít. Proto si zaslouhují řádnou péči a ochranu. Jednou i my budeme staří a budeme vyžadovat totéž. Nebuďme k nim tedy lhostejní a berme je jako rovnocenné partnery a učme to i své děti.

Tak jako každý věk doprovází člověka různé změny a zvláštnosti, tak i stáří má své individuality, které na něj působí a od nichž se odvíjí různé zdravotní problémy a omezení. A právě tento okruh omezení u starší populace jsem si vybrala pro svou bakalářskou práci.

K tomuto výběru mě nevedly osobní důvody, v okruhu mých známých ani v mé rodině nepostihl nikoho takový osud, stát se zdravotně znevýhodněným. Spíše mé povolání sociální pracovnice na oddělení sociální péče s handicapovanými občany mě přivedlo k bližšímu zájmu. Při své práci se setkávám s lidmi na invalidním vozíku i jinak zdravotně handicapovanými.

Z vyprávění těchto osob jsem měla příležitost dozvědět se o jejich utrpení, která jim osud nadělil. Ne vždy se vlastní vinou dostali do situace odkázanosti na jinou osobu. Museli si projít tvrdou zkouškou života, než si zvykli na jiný způsobžití.

Nejen přímo zdravotně postiženému senioru, ale i jeho okolí se „vinou“ handicapu mění i jeho žebříček hodnot. Od zdravého člověka se odlišují jeho vnitřní pocity, zaujímá rozdílný postoj k věcem, prostředí i k ostatním lidem. Každý takovýto člověk žije ve svém prostředí, ať už je to přímá rodina, příbuzní nebo známí, ale v neposlední řadě i ubytovací zařízení. Je proto samozřejmostí, že rozdílnost těchto prostředí s sebou nese různou škálu kvality péče o zdravotně postižené seniory i životních hodnot seniorů.

Jelikož jsem se při svém povolání seznámila i s agendou Příspěvků na péči, mohla jsem porovnat souběh jednak starých a nemocných lidí, kteří potřebují pomoc druhé osoby, tak i handicapovaných lidí, z nichž někteří jsou ve své nemoci omezeni jen částečně. Také jsem se chtěla více orientovat problematice jakkoliv znevýhodněných a postižených lidí a péči o ně, což bylo hlavním důvodem mého výběru k tématu pro svou bakalářskou práci „Senioři se zdravotním postižením“.

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit problematiku a způsob života seniorů se zdravotním postižením, úskalí, která je provází v této obtížné fázi jejich života. Chtěla jsem přiblížit jejich pohled na svět se vztahem ke svému handicapu a způsobu života. Mým záměrem bylo přiblížit přijetí okolního světa vůči nim, reakce okolí, známých a rodiny. Chtěla jsem svým pohledem vyjádřit myšlenku o naději a smyslu dalšího života a nezhodnocování osobnosti postižené zdravotním postižením.

První kapitulu věnuji problémům života seniorů. Rozepsala jsem se o kvalitě života seniorů. Popisuji způsob jejich života, přípravu na odchod do důchodu a na stáří. Hovořím o přístupu k člověku v seniorském věku. Definuji v ní pojmy stárnutí a stáří, ageismus, uvádím obory gerontologie a geriatrie, které ze zdravotního hlediska přibližují zdravotní problémy a zvláštnosti života seniorů. Upozorňuji na aspekty, které vedou k posílení kladného přístupu k nadcházejícímu věku a jeho zákonitostem, zmiňuji se o mýtech a předsudcích ke stáří nejen samotné společnosti, ale i jich samých. Upozorňuji na seznam aktérů, kteří jsou předmětem v péči o seniory. Uvádím formy a způsob péče o samotného seniora. Třídím rozdělení, popisuji jednotlivé typy zařízení a způsob provádění služeb seniorům, možnosti, které se týkají péče o nemocného seniora i s jeho zvláštnostmi postižení.

V druhé kapitole představuji definice a okruhy zdravotního postižení, vysvětlení jejich pojmu spolu s jejich četností a výskytem v populaci obyvatelstva. V posloupnosti historie a kultury společností pojednávám o přístupu k lidem postižením, k jejich pomoci, a o empatiích. Také popisuji způsob začlenění člověka zpět do společnosti a to buď vlastním zapojením a snahou samotných osob s tímto postižením nebo snahou společnosti. Uvádím zde způsoby a druhy integrací, ale také druhy zdravotních pomůcek a možností výpomoci, které k této integraci napomáhají. Dále uvádím druhy a způsoby rehabilitace, jejich význam z pohledu potřeb osobám se zdravotním postižením a některá zařízení, kde je tato činnost prováděna. Hovořím o komunikaci s lidmi se zdravotním postižením. Je zde rozdělena dle jednotlivých druhů postižení, včetně specifických zvláštností a možností způsobu a přístupu ke komunikaci, včetně komunikace s rodinou, přáteli či přátel.

Třetí kapitolu jsem věnovala Domovu seniorů Břeclav. Popsala jsem jednotlivé služby domova, pro koho je domov určen. Věnovala jsem se zde studiu a záznamu ze spisů, abych objasnila individuální zvláštnosti jednotlivých obyvatel. Tuto kapitolu jsem zakončila hodnocením služeb a práce v domově.

V závěru zhodnocuji život nejen zdravotně postižených seniorů. Hovořím v něm o nemilosrdnosti času, ohlédnutí za životem a přípravě na odchod z tohoto světa. Burcuji pobídkou k aktivnímu průběhu života a nezabřednutelnosti a negativnímu postoji k hodnotám žití v tomto světě. Vybízím k pozitivnímu pohledu k vlastní realitě, hodnotným a smysluplným hodnotám vlastní osobnosti, což by měla být směřovatná myšlenka a idea nejen pro osoby s postižením, ale osoby na celém světě.

# 1 Kvalita života seniorů

K tomu, abychom si mohli říci, že senior žije spokojené stáří, si musíme nejdříve uvědomit, jaké má tento jedinec své vlastní představy a jaké přikládá skutečností. V této práci se hovoří především o seniorech se zdravotním znevýhodněním. Je proto přirozené, že někteří z nich již přestali chtít bojovat se svým druhem onemocnění a nedokážou se vyrovnat se svým zdravotním problémem.

## 1.1 pojem stárnutí a stáří

Stárnutí je proces, kdy dochází k pomalému úbytku všech tělesných funkcí. Stárnutí a jeho rychlost probíhá u jednotlivců individuálně. Každý úsek stáří má své zákonitosti, které by si člověk měl uvědomit, smířit se s nimi a přizpůsobit se jim. Stáří nemá pouze negativní stránky. Ze stáří se můžeme i radovat. Senioři nejsou pouze nesoběstačné osoby. Pro mnohé je to i nejhezčí období života, ke kterému patří vzpomínky a další touha žít, protože v životě ještě mnohé nestihli.

K nejcharakterističtějším situacím třetího věku (stárnutí) podle Jesenského (2000) řadíme:

- Odchod do důchodu, změna sociálních rolí.
- Úrazovost a nemocnost, celkové oslabení organismu.
- Slábnutí společenských kontaktů.
- Rodinné vztahy a jejich změny.
- Závislost na péči, prováděné jinými osobami.
- Stavby před smrtí.

Pacovský (1997) rozděluje projevy stáří do tří okruhů třetího věku:

- a) *Biologický věk* - jeho individualita je určena genetickými dispozicemi, dochází k úbytku funkcí jednotlivých orgánů. Důležitý je styl probíhajícího života, jak působí zevní prostředí, působení nemocí.
- b) *Psychologický věk* – ovlivňován význačnými faktory – rysy osobnosti, projevují se charakteristické psychické změny v průběhu stárnutí, reakce na vlastní stáří. Člověk vzpomíná na minulost a uchyluje se ke konzervatismu. Projevy stárnutí ovlivňuje i subjektivní věk – jak se člověk sám cítí, jaké je jeho individuální sebevědomí, jaké má ve svém subjektivním věku názory, činy a postoje, což se nemusí shodovat s jeho objektivní situací a jeho reálnými možnostmi.



- c) *Věk sociální* (sociální stáří) což je sociální život člověka, jeho projevy ve společnosti, k ostatním lidem, jeho názor a využití ke společenským aktivitám. Kvalita jeho sociálního života je ovlivněna jak jeho sociálním stavem, tak i ekonomikou.

Stárnutí je involuční proces, který prochází průběhem času. Jsou zde zahrnuty negativní změny, k nimž dochází po adolescenci. Díky biochemickým změnám dochází ke změnám krevního tlaku, snížení vnímání prahu zvuku a sníženému výkonu v testech rychlosti. Každý jedinec disponuje se schopnostmi, které neklesají s věkem, např. znovu poznání, na rozdíl od znovu vybavení, a dále skupiny schopností, které vzhledem k věku mají nízké klesání, např. základní početní operace, ale i takové, jejichž pokles je udáván fyziologickým omezením (učení nových senzomotorických dovedností). (Pacovský, 1997).

Stárnutí je podle Mühlpachra (2004) celoživotní proces, jehož involuční projevy se stávají zřetelnějšími zhruba od přelomu 4. a 5. decennia, a to v závislosti na náročnosti prostředí.

Stárnutí neprobíhá stejně u všech osob, s věkem přibývá osob se zdravotním postižením i s chronickým onemocněním, proto jsou vymezena v programech rehabilitačního lékařství i jiných medicínských odvětvích. Zdravotní problematika seniorů je udávána v samostatných oborech gerontologie a geriatric.

Stárnutí u konkrétních jednotlivců probíhá nerovnoměrně, jak uvádí Votava a kol. (2003), vzhledem ke stárnutí jednotlivých orgánů a systémů (klouby, mozek, kardiovaskulárních systémů). Současné onemocnění či postižení několika orgánů se nazývá polymorbidita.

Stáří není nemoc, neznáme přesnou definici, která určuje hranici stáří. Obecně hovoříme o dolní hranici okolo 60-65 let. Člověka, jehož věk přesahuje tuto hranici, nazýváme seniorem. Nevhodným označením je geront, jiní označují přestárlá osoba.

Podle Votavy a kol. (2003) se stáří projevuje celkovým zhoršením zdravotního stavu a dalšími životními situacemi – nemoc, úraz, ztráta blízkého člověka. Primárním v přístupu k životnímu stylu a rehabilitačních přístupů je prevence zhoršení, která spočívá v braní léků, dietou, ale také prevencí pádů.

Stáří má mimo negativních jevů také pozitivní, na které upozorňuje Jesenský (2000), a to i u handicapovaných seniorů, kteří využívají zbytkových funkcí orgánů a převládajících smyslů. Senioři mají rozsáhlé životní zkušenosti, ubývá povinností, jsou skromnější. Slevují ze své tížadosti. Práci mají spíše jako koníčka. Proto je vhodné

z rehabilitačního pohledu je motivovat tak, abychom dosáhli co největší kvality jejich života.

## **1.2 ageismus a postoj společnosti ke stáří**

Stáří samotné není nemocí ani handicapem, přestože pohled mladších generací tomu nasvědčuje. Je to přirozený úsek života, který má svá specifika. K nim neodmyslitelně patří i sociální problémy, které jsou způsobeny onemocněním a jiných zdravotních problémů, provázejících seniora.

Vzhledem k aktivnímu pojetí věku seniora, přibývá množství této věkové skupiny, se kterou je třeba být neustále v kontaktu, ale také komunikovat. Díky zdravotní a sociální péči dochází k navyšování lidského věku. Obtíže se zdravím člověka jsou však neodstranitelné. V seniorském věku dochází k selhávání tělesné aktivity a smyslových orgánů, objevují se mentální problémy, způsobené příčinou stáří. Pohled na seniory mladší generací bývá ohodnocován spíše pozitivně. Pohlíží na seniory a hodnotí je podle toho, jak jsou oblečení, podle ekonomické situace a z pohledu na jejich mentální dispozice. Tím se dostávají senioři do omezování, které se nazývá ageismus.

Ve vyšším věku dochází ke změnám v sociálních rolích. Senioři jsou méně soběstační, osamělí. Mladí lidé mají tendenci, tak jako většina společnosti, vyloučit tyto seniory, oddělit od společnosti mladší generace, aby se péče o seniory stala pouze profesionalizovaná a neobtěžovala běžnou populaci. Je proto třeba nevylučovat seniory, a nejenom seniory se zdravotním postižením, z běžné společnosti. Je třeba uskutečňovat i setkání s generacemi mladšími a zkvalitnit tak život seniorů. K tomu je potřeba především komunikační přístup.

Kdybychom více pozorovali vztahy a postoje, jaké zaujímá společnost ke starším generacím, byli bychom nemile překvapeni se zjištěním, že mladá generace, a to zejména zdravá populace, zaujímá vůči generaci seniorů odmítavý postoj. Netýká se to jen generace střední, ale i generace mladší a dětí. Není akceptována skutečnost, že senioři jsou mezi námi a jsou stejně tak plnoprávními občany. Není na ně brán ohled, postoj k nim vede mnohdy až k zesměšňování a zlehčování situace seniorů. Mladá generace zdravých lidí se přiklání k myšlenkám, představám, mýtům a předsudkům o stáří. Všichni nezaujímají pouze negativní postoj. Ale těch, co znevažují stáří, zesměšňují je a nerespektují je, je opravdu mnoho.

Společnost si však tento problém zavinila sama. Když se zaměříme na soudržnost rodin, všimneme si, že většina mladých rodin žije bez příslušníka seniorského věku. Většinou žije rodina ve složení rodiče a dítě. A to obzvláště ve městech a větších lokalitách. Rodina neumí žít ve společnosti seniora. Jejich děti nemají vzor správného zacházení s osobou tohoto věku. Nevnímají empatii společnosti k prarodičům. Je to fenomén doby, se kterým se společnost obtížně vyrovnává. Mladí lidé mají své starosti a problémy, mají vlastní způsob obživy, uznávají své priority, a proto jim slova jako podělit se o radost, problémy, zkušenosti, porozumění a rozdělení se jiným, nic neříkají. Honí se za nedostižným cílem. A tak si vychováváme sobecky mladší generaci a neuvědomujeme si, že také jednou zestárneme. Péči druhých a porozumění okolí svých příbuzných budeme také jednou potřebovat. Na vesnicích a menších lokalitách nevládne již taková anonymita, lidé se více potřebují navzájem, pomáhají si, více o sobě ví a to je také nutí k tomu, aby svou rodinu drželi více pohromadě. Vychovávají si mladší generaci k péči o svou osobu do budoucna.

Podle postojů společnosti ke stáří, můžeme hodnotit kvalitu a hodnotu společnosti v jejich názorové vyspělosti a morálním uvědomění.

### **1.3 podněty pro úpravu stylu života ve třetím věku**

Obecně je známo, a známe to i ze svých vlastních zkušeností, že člověk, senior může být spokojen pouze, když svůj život prožije aktivně. Lépe se žije nesobeckým lidem, než těm, kteří myslí více na sebe. Přestože s sebou lidé nesou svůj handicap stáří, může být jejich život smysluplný. I tím, že jsou, dokážou být přínosem ostatním, kteří z nich dále čerpají životní zkušenosti. Je třeba však neztrácet odvalu a radovat se i z maličkostí.

Podle Křivohlavého (2011) můžeme aktivitu života rozdělit do několika okruhů:

- *Tělesně* - pokud možno, chodit alespoň na procházky, dopřát si rehabilitaci a péči o vlastní tělo, zbytečně se nevystavovat fyzickému nebezpečí, zaměstnávat ruce.
- *Duševně* - co nejvíce poznávání, čtení knih, trénování paměti, luštění křížovek a rébusů, návštěvy universit a akademií třetího věku.
- *Sociálně* - kontakty s přáteli, vážit si svého životního partnera, aktivní naslouchání, kontakty s ostatními lidmi, být neustále v humorné náladě, vycházet dobře se svými rodinnými příslušníky.

- *Osobně* - brát věci z nadhledu, utvořit si hlavní hodnotu života, být vděčný za každou minutu života, naučit se odpočívat, umět si odepřít, na co již nestačím.
- *Organizačně* - předem si zařídit bydlení, lékaře a finance před odchodem do důchodu, připravit se na činnosti, které budu nebo nebudu moci dělat.

U stárnutí jde tedy především o to, abychom žili život takový, jak nám to situace umožňuje. Senioři by se měli radovat z každého prožitého okamžiku a neměli si stěžovat, že už nemohou dělat vše, tak jako dřív.

## **1.4 zdravotní stav starého člověka**

Abychom mohli pomoci senioru pomoci v jeho trápení a bolestech, je nutné znát jeho pocity, vycítit jeho tužby a přání a odhadnout, co našemu senioru schází a co potřebuje. Nejsnazší je, pokud se s nemocným seniorem můžeme domluvit a vyslechnout ho. Ne vždy tomu tak může být. Senior je buď tak zasažen bolestí, že nemá sílu mluvit, ale může mít i své nálady a proto s námi nekomunikuje. Někdy senioři reagují agresivně. Jsou ve své nemoci bezradní, uzavírají se vůči svému okolí. K zabránění v komunikaci se seniory vedou i jiná hlediska, a těmi jsou řečové vady a onemocnění.

Komunikaci se seniory ovlivňují patologické a fyziologické změny. Komunikačními zvláštnostmi jsou funkce a kvalita hlasu, ale také úbytek funkcí a změny slyšení. Vliv na komunikaci má také úbytek mentální kapacity, poškození řečových center v mozku a mluvidel. Asi u 70% seniorů se vyskytuje nejméně jedno postižení, které ovlivňuje jejich komunikační schopnosti. To pak vede ke snižování životní kvality, vztahů mezi generacemi a vede je k závislosti na druhých. (Slowík, 2010).

Co ovlivňuje kvalitu života osob seniorského věku, je především zdraví. V této práci se hovoří o zdravotně postižených seniorech, čili bereme v úvahu, že každý takto postižený jedinec trpí nějakou chorobou, která omezuje jeho život. Přesto jsou však mnohdy spokojenější a mají smysluplnější život než ti, kteří své nemoci vyhledávají a ukládají svým nejbližším, aby jim zajistili léčbu. Jsou senioři nesamostatní a mají představu nutnosti závislosti na druhých.

V dnešní populaci dochází k trendu zvyšování délky života. Úmrtí osob se odsouvá daleko do pozdního věku. I v těchto případech jsou však příčinou smrti těžká onemocnění a selhání orgánů. V dnešní době lidé více pečují o své zdraví, dbají na složení svého

jídelníčku, více se věnují kulturním činnostem, dbají o duševní hygienu, udržují tělesnou zdatnost, či alespoň omezují příznaky ubývání tělesné síly, vzdělávají se i v pozdním věku.

### **Geriatrická medicína**

Je to taková medicína, která se zabývá o nemocné a staré osoby ve vysokém věku. Geriatrická, neboli klinická gerontologie pečuje především o lidi upoutané na lůžko a ostatní nemocné osoby seniorského věku, kteří navštěvují lékaře i ambulantně nebo za nimi dochází lékař do domácího prostředí.

Geriatrická péče je taková, kdy je pečováno o pacienta v období sénia. Každý jednotlivý pacient má své individuální zvláštnosti a potřeby, tudíž každý případ, každé onemocnění je individuální, neboť každý jedinec je jinak snáší. Mylné by bylo domnívat se, že u těchto pacientů se jedná pouze o pasivního nemocného, který vnímá léčbu jako nevyhnutelnou a nezbytnou poslední fázi života.

Nejinak je tomu i v jejich zvládnání nemocí po psychické stránce. Jelikož v této práci hovoříme o zdravotně postižených seniorech, jedná se o skupinu osob, která je se svým handicapem alespoň částečně vyrovnaná, svůj život přehodnotila a zvolila si jiná kritéria života. Přesto však je každý jedinec individuální osobnost, ke každému je nutno přistupovat s vědomím jeho osobních potřeb, vnímání, myšlení, je třeba zaměřit se na něj jako na jedinečnou osobnost a předvídat další průběh jeho nemoci.

Podle Pacovského (2011) je pro klinickou gerontologii charakteristická specifická geriatrická metodologie, která se projevuje v diagnostice, terapii a prevenci. Přitom terapii vždy neoddělitelně spojuje s péčí o nemocného. Přiřazuje k ní i zdravotnické služby i zdravotnickou péči.

### **Obecné zvláštnosti chorob ve stáří**

Jak jsem již uváděla, každý jedinec je individuální osobností a jeho nemoci mají jiný průběh. Můžeme je zařadit do několika medicínských oborů. U někoho se mohou vyskytovat společně. Různé kombinace se objevují ve zvyšujícím se věku. Osoby ve stáří mají i různé příznaky a projevy nemocí, každý na ně reaguje jinak. Někteří své potíže nevnímají, jako by mělo jít o nemoc. Vnímají je, jako by patřily ke stáří.

Abychom se nejen nemocným seniorům více přiblížili a poznali důvod jejich nespokojenosti, bolesti a nemoci, musíme, jak jsem již uváděla, se seniorem udržovat

komunikaci. Komunikace je v tomto případě rovnocenný přístup ke starší osobě, která si vyžaduje respekt a úctu. Netřeba v ní diskriminujícího přístupu. Bereme ohled na věkové a zdravotní zvláštnosti, handicap. Člověk si vytváří sebereflexi s vizí do budoucna, v níž si buduje vlastní přístup, který ovlivňuje komunikaci s těmito osobami. V Mezinárodní klasifikaci ICIDH (WHO,180 - in Slowík, 2010) se označuje přístup Communication Accomodation Theory jako přístup obou zúčastněných stran, které mají potřebu se dorozumět s ohledem na specifické zvláštnosti.

Při komunikaci se staršími lidmi i s jejich handicapem by měla být konverzace pomalejší, srozumitelnější a hlasitější s ohledem na jejich konkrétní vadu. Vzhledem k věkovému rozdílu generací volíme vhodná slova, která jsou starší osoby schopny pochopit. Nezapomínáme na rozdílnost jednání s osobami se specifickými poruchami psychického a duševního rázu. Taktilní komunikace je důležitá pro komunikaci pro osoby, které žijí v sociálním zařízení a handicapující osoby. Neopomeneme naslouchání. Je třeba, aby mohli senioři s někým vzpomínat, hovořit o svých zkušenostech a předávat mladším své dojmy. Je však známo, že mladí lidé v sobě nenachází trpělivost k příliš dlouhému vyprávění, odpírají si tak schopnost porozumění se staršími lidmi, nerozumí potřebě starého člověka sociálního kontaktu. Tím dochází k citové deprivaci osamělých jedinců. Snižují se komunikační dovednosti v době, kdy přichází k úbytku mentálních schopností.

Také průběh nemoci trvá déle než u mladého jedince. Nemoc se protahuje a dochází k chronickému onemocnění. I pobyty v nemocnici se prodlužují, často nemoc nevede až k úplnému vyléčení.

Naštěstí v našem státě je samozřejmostí lékařská a sociální péče. Nemocné osoby si mohou zvolit lékaře, žádat o odborná vyšetření. Tyto osoby mají možnost výběru sociálních služeb, které zmírňují příčiny projevů takových onemocnění, které vedou ke snížení kvality jejich života v pozdním věku a které je omezují v jejich činnostech.

Podle Pacovského (2011) vznikají i komplikace řetězové reakce, kdy jedna nemoc navazuje na druhou, vytlačí původní a zaujme dominantní postavení nemoci. Každá choroba ovlivňuje starého člověka. Nemusíme mít na zřeteli pouze zdravotní stránku. Jedná se také o vyplývající sociální následky. Jinak se vrací starý člověk z nemocnice, který má doma sociální zázemí a bydlí spolu s rodinou. Nebo má alespoň jistotu, že ho budou příbuzní, kteří bydlí nedaleko, denně navštěvovat a pečovat o něj, třeba jen za pomoci sociálních služeb, kdy je možno na nemocného dohlížet. Jinak pociťuje konec akutní léčby osoba, která nemá rodinné zázemí, není soběstačná a bude muset zůstat v péči ústavní sociální péče. Proto chápeme provázanost zdravotní a sociální situace.

## 1.5 péče o seniory

Když řekneme péče o seniory, vybaví se nám domovy důchodců, nemocnice a někdy i nemohoucí staroušci. A to jsou právě a mýty a předsudky, jak si vybavují stáří mladí lidé. Proto bych chtěla nejdříve poukázat na základní pojmy, které se týkají tematiky péče o seniory a péči o ně, a problematiku, která se jimi zabývá.

### Analýza aktérů

*Senioři* - to jsou hlavní aktéři, kterými se tato problematika zabývá. Jsou to staří lidé, jejichž rozdělení věku již bylo v této práci uvedeno. Uváděla jsem problémy, které se týkají jejich zdravotní, psychické a sociální situace. Senioři ale především chtějí kvalitně prožít zbytek svého života. V naší republice tvoří senioři většinovou část populace. Někteří z nich žijí osamoceně, dokážou se o sebe postarat, jsou soběstační v sebeobsluze, jiní využívají služeb sociální péče a nezřídka je o ně pečováno rodinou. Při výběru sociální péče mají na vybranou. Sociálních zařízení v péči o seniory je spousta. Většina seniorů je zajištěna stálým příjmem, jsou to poživatelé starobních či invalidních důchodů. Mohou si tedy péči o svou osobu vybrat z této nabídky a využít také výhod příspěvku na péči, který jim umožní mimo jiné i nadstandardní péči. (Burešová, 2009).

*Pracovníci služeb pro seniory* - jsou to zaměstnanci, kteří svými zájmy a postoji k této cílové skupině dostávají za svou práci ohodnocení. Ke svému výkonu povolání je zapotřebí empatie, zájem a chuť ke zlepšení zkvalitnění těchto služeb a zajištění spokojenosti seniorů.

*Rodiny seniorů* - záleží na etickém a mravním uvědomění rodiny, na jejich tradicích a schopnosti poskytnout péči o svého seniora v domácím prostředí samostatně, či za pomoci služeb sociální péče. Rodina při volbě výběru sociálního zařízení, kam chtějí svého příbuzného umístit, má k dispozici mnoha měřítek, kterými se orientuje, k zajištění péče. Je možnost poukazovat na rozdíly v kvalitě poskytování péče či volného času seniorů a jejich kvalitní náplně a nabídky služeb. Rodina může poukazovat na nedostatky či rozdíly porovnáním kvality sociálních zařízení. (Burešová, 2009).

*Poskytovatelé sociálních služeb* - jsou to úřady státní správy a samosprávy, obce, kraje, MPSV, MZ, dále neziskové organizace, církve a jiné subjekty, kteří finančně vypomáhají se zajištěním služeb, mohou vést i kontrolní činnost a jmenování vedoucích

pracovníků. (Horehled', 2008). Podle zákona mohou být služby poskytovány „územními samosprávnými celky a jimi zřizovanými právníckými osobami, další právnícké osoby, fyzickými osobami a ministerstvy a jim zřízenými organizačními složkami státu.“ (Horehled', 2008).

Při zřizování sociálních služeb je třeba zaměřit se na potřeby osob, kteří tuto službu potřebují, reagovat na jejich zájem a při zřizování služeb nabídnout kvalitní služby. Žebříček hodnot a orientace v nich je různorodá. Podle toho, co Horehled' uvádí, je rozdíl mezi posuzovanými hodnotami řídicích pracovníků a ostatních aktérů.

## **1.6 základní formy péče**

V této kapitole bych se chtěla více zaměřit na rozbor jednotlivých druhů péče o seniory, zejména s přihlédnutím k jejich zdravotnímu znevýhodnění. Ne každé zařízení je pro jednotlivého seniora právě vyhovující. Jednotlivá zařízení mají své formy a zaměření, která nesou svá úskalí, ale také zvýhodnění pro potřebné seniory, z nichž lze usuzovat vhodnost zařízení pro našeho seniora.

### **1.6.1 rodinná péče**

Výhodou v pečování o seniora v rodině je nesporně domácí prostředí, ve kterém se senior nachází, a také náš osobní vztah, který k seniorovi máme. Známe jeho přání, potřeby. Jsme jeho nejbližší, komu mohou důvěřovat, nemají pocit studu či méněcennosti v intimních potřebách, týkajících se hygieny. Na druhé straně existují nevýhody, kterými jsou neznalosti zdravotnických zkušeností rodinných pečovatelů.

K tomu, abychom mohli o seniora pečovat, potřebujeme, abychom jako rodina udržovali sociální soudržnost, a znali každý svou úlohu v rodinných rolích, kterou bychom měli zastávat. Musíme si také mnoho odepřít ze svých zájmů a zálib, jelikož prioritním zájmem by pro nás měla být péče o seniora. Důležitým aspektem by pro nás měla být také emocionální stránka při poskytování péče, vazby mezi rodinnými příslušníky. Péči zajišťují jak děti o své staré rodiče, stejně tak děti o své prarodiče a v neposlední řadě také děti o své prarodiče, kteří s nimi žijí ve společné domácnosti a řeší tak i otázku bydlení. Způsob péče o seniory v domácím prostředí má i svá opodstatnění po ekonomické stránce. Řeší i otázku zajištění povinného pojištění pečovatelů, kteří jsou bez zaměstnání,



přiznáním příspěvku na péči nejméně druhého stupně podle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, který prošel novelou, zákonem č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Zkvalitnění domácí péče můžeme dosáhnout kombinací naší rodinné péče s mnoha nabídkami služeb i profesionálních služeb sociální péče.

## 1.6.2 terénní péče

Terénní péčí pomáháme řešit otázku zajištění seniora v případech, kdy o něj nemůžeme celodenně pečovat, a snažíme se vyhovět požadavku seniora, umístit jej k pobytové sociální službě.

Podle Jeřábka (2005) se může buď kombinovat s rodinnou péčí, nebo může sama zajišťovat stupně rodinné péče:

- *Podpůrná péče* (subsidiary care) – jedná se o péči, která není náročná jak fyzicky, tak ani časově, nevyžaduje psychické zatížení. Jedná se o nakupování, opravy v domácnosti, zajištění dopravy k lékaři či na úřady. Takovéto služby potřebují nejen staří senioři, ale takřka každý člověk, kterého bychom za nesoběstačného nepovažovali. Můžeme je zajistit jen občas, dle potřeby. Výpomoc můžeme zajistit sami vlastními schopnostmi, výpomocí okruhu známých, ale i zakoupením terénní služby.
- *Neosobní péče* (impersonal care) - Poskytuje vyšší stupeň rodinné výpomoci. Je to zpravidla péče o domácnost, jako je praní, vaření, uklízení. Častější výpomoc těchto služeb je pro pečované nezbytná, obzvláště tam, kde se tyto služby poskytují takřka pravidelně. Tyto služby však může zajišťovat i osoba blízká, nemusí to být ani člen rodiny. Pečovatelská služba může zajistit i rozvoz obědů a domácí práce. Nemusí jít vždy o péči pouze o staré seniory, ale i seniory se zdravotním znevýhodněním, jako jsou osoby se sníženou orientací, či odkázané na invalidní vozík z důvodu svého handicapu.
- *Respitní péče* – Pomáhá pečujícím v péči o osoby, vyžadující péči. Jedná se o výpomoc rodině, která potřebuje výpomoc s péčí. Například rodina chce odjet na dovolenou, anebo sám pečující vyžaduje zdravotní hospitalizaci a o seniora se v tom případě nemůže starat. V těchto situacích nastupuje tento druh péče. Je zajištěna buď

sociální péči, která seniora pravidelně navštěvuje a zajišťuje mu potřebnou péči nebo nám umožňuje pečovaného na několik dnů umístit do pobytového zařízení.

V případech, že nemůžeme z důvodu svého pobytu v zaměstnání ponechat své blízké bez dozoru, můžeme zajistit péči o seniora přes den nebo i o víkendech v denním centru. Jedná se zvláště o ty, kteří vyžadují zvláštní péči, což jsou především postižení demencí. Některé typy zařízení, které tuto službu poskytují, zajišťují i svoz těchto osob. Otázkou je však finanční stránka. Tyto služby mohou být poskytnuty pouze těm, jejichž příjmy, či finanční výpomoc rodiny jim to mohou umožnit.

### **Druhy terénní péče**

Pro osoby, které žijí buď osamoceně, anebo jim blízké osoby nemohou celodenně poskytovat péči, existuje forma terénní péče. Zajišťuje možnost, aby osobě, která není schopna se sama o sebe postarat a nechce být umístěna v pobytovém zařízení, mohla být poskytnuta dostatečná péče, kterou osoba potřebuje.

Malíková (2011) uvádí:

- *Osobní asistence* - je to druh terénní péče, která se poskytuje osobám, které z důvodu věku nejsou soběstačné, ale nedovoluje jim to také chronické onemocnění nebo zdravotní postižení, a proto jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (podle § 39 Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách).
- *Pečovatelská služba* – terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (podle § 40 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách).
- *Home care* – je to péče o nemocného člověka, která neprobíhá ve zdravotnickém zařízení, ale v prostředí domova. Využívá k tomu však kvalifikovaného personálu. Zařízení, která tuto službu poskytují, mají většinou uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Na některé zdravotnické materiály lze ošetřující lékař vystavit lékařský předpis.
- *Odlehčovací služby* – terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek (§ 44 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Tyto druhy služeb umožňují pomoc jak osobám, které tuto službu potřebují, tak i jejich blízkým či rodinným příslušníkům, aby byla péče o potřebného nemocného dostatečně zajištěna, aniž by ohrozila jeho odchod z domácího prostředí. Pobyt mimo domov má vliv na psychiku seniora a odráží se od něj i zdravotní stav.

### 1.6.3 ústavní péče

Je zřizována a poskytována pro ty osoby seniorského věku, které již nejsou samy schopny zůstat v domácím prostředí, neobejdou se bez každodenní odborné zdravotní péče, a kdy nestačí ani zajištění terénní péče. Každá z těchto zařízení má svá specifika a zvláštnosti, která se týkají onemocnění, handicapu, zájmů a potřeb seniora. Ústavní péče je pro seniora průlomem v rozhodování o jeho osobu, jelikož opouští svůj domov, prostředí, na které je zvyklý, což má vliv především na psychickou stránku seniora.

Mezi sociální služby ústavní péče uvádí Malíková (2011) tyto typy zařízení:

- *Domovy pro osoby se zdravotním postižením* – je to pobytová služba, má celoroční provoz, jsou v ní ubytovány osoby se sníženou soběstačností, které vyžadují pravidelnou pomoc a komplexní péči.
- *Domovy pro seniory* - zajišťují pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností a vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby a komplexní péči o ty, kteří nemohou déle zůstat ve svém domácím prostředí.
- *Chráněná bydlení* - pobytová služba pro osoby se zdravotním postižením, které nemohou žít samostatně z důvodu vyžadujícího pomoc jiné osoby. Klient má zajištěny standardní podmínky, které jsou obdobné, jako by žil v domácím prostředí. Pracovník sociálního zařízení dohlíží a kontroluje, zda klient vše zvládá a zajišťuje pomoc při činnostech v potřebném rozsahu.
- *Domovy se zvláštním režimem* mají obdobné služby, jako jsou v domovech pro seniory nebo pro osoby se zdravotním postižením. Zajišťují specifickou péči osobám s duševními nemocemi a osobám závislým na návykových látkách, stařecké demence nebo Alzheimerovy demence.
- *Sociální služby ve zdravotnických zařízeních* - ústavní péče jsou zajišťovány v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, nemocnicích, psychiatrických léčebnách. Jsou určeny pro osoby vyžadující pomoc jiné osoby, které nemohou opustit zdravotnické

zařízení z důvodu své nesoběstačnosti. Řeší otázku, kdy je ukončena zdravotní péče a ještě není zahájena některá ze služeb sociální péče.

- *Hospice* jsou nestátní zdravotnická zařízení. Poskytují komplexní zajištění, co se týče zdravotní, ošetrovatelské, sociální, psychologické a duchovní péče o člověka v posledním stádiu nemoci, člověka, který umírá.

Podle Malíkové (2011) jsou v pobytových zařízeních sociálních služeb, a to pro konkrétní druhy služeb v tomu odpovídajících zařízeních, prováděny základní služby stanoveny zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Přesný obsah služeb a výše jejich úhrady je vymezena ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Malíková (2011) vyjmenovává další činnosti poskytované v sociálním zařízení:

- *Činnost sociálního pracovníka* – zahrnuje práci klientem od začátku přijetí až do konce pobytu v zařízení, co se týče zajištění podání žádosti, informací o klientovi, vedení spisové dokumentace, evidenci finančních prostředků, zajištění služeb.
- *Rehabilitační ošetřování klientů* – slouží k podpoře jejich soběstačnosti zabránění imobility.
- *Ergoterapie* – podporuje a udržuje schopnosti a dovednosti jedinců, obzvláště jemné motoriky, doprovázejí je odpočinkové a pohybové aktivity.

*Duchovní péče* – poskytována osobám s duchovními potřebami; návštěvy duchovního, bohoslužby.

*Ošetrovatelská péče* – je zajišťována pracovníky sociálních služeb a všeobecné sestry a to především u osob se sníženou soběstačností.

- *Zdravotní péče* – podle zákona č. 108/2006 nemusí pobytová sociální zařízení zdravotní službu poskytovat, ale pouze zajistit. Poskytují pouze rehabilitační a ošetrovatelskou péči.

V zařízeních ústavní péče dochází k problémům, které se týkají jak stížností a nespokojenosti samotných klientů a jejich rodin, tak k problémům úhrady za služby, neboť ne každý jedinec si může určité služby hradit v plné výši nebo si hradit nadstandardní služby. Další stránkou problémů jsou malé počty zdravotníků či odborných ošetřujících pracovníků. Personál zařízení péče o seniory by měl více rozumět seniorské problematice, podporovat je v jejich autonomii a více se přizpůsobovat potřebám starších lidí. Není dostatečně promyšlena otázka, kam se seniory, pokud ukončí pobyt v lékařském zařízení a nemohou se vrátit do domácího prostředí, měla by být větší pružnost v umístění klientů do pobytového zařízení. Podmínkou umístění seniora v pobytovém zařízení by

mělo být, aby měli naši senioři pocit, že jejich náhradní bydlení není pouhá budova, kde budou odloženi do doby, než z tohoto světa odejdou. Pracovníci těchto zařízení by jim měli věnovat více úcty a důstojnosti a nezacházet s nimi jako s věcmi.

## **2 Zdravotní postižení a komunikace s lidmi se zdravotním postižením**

Zdravotně postižení senioři neboli handicapované osoby, zaujímají v naší společnosti rovnoprávné postavení mezi ostatními jedinci, i když část populace negativně reaguje na jejich existenci. Z mého pohledu je to však pouze jejich ostych, jak jednat s těmito osobami, a neznalost, jak k nim zaujmout humánní přístup. Někteří z nás se setkávají s handicapovanými běžně v denním životě. Buď jsou součástí jejich rodin a nejbližších, anebo o ně pečují v sociálních zařízeních. Můžeme je potkat i ve školách a na pracovištích, neboť mají stejná práva jako ostatní většinová společnost. Pokud jsou zdravotně postiženými seniory, mohou navštěvovat vzdělávací zařízení pro svou věkovou skupinu, mohou být stále v pracovním procesu. Vzhledem k cíli své bakalářské práce bych se chtěla orientovat právě na problematiku zdravotně postižených seniorů.

Pod pojmem zdravotní postižení si vysvětlují jednotlivé druhy onemocnění, které provázejí určité skupiny lidí v úsecích života, některé po celý život. Vznikají buď od narození, příchodem na svět, v průběhu života jako následky onemocnění anebo po úrazech.

### **2.1 definice a okruhy osob se zdravotním postižením**

Když se řekne zdravotně postižený, představí si většina z nás osoby na invalidním vozíku, s různými typy holí, osoby upoutané na lůžko anebo osoby slepé, hluché, mentálně postižené, ale také s různými typy vnitřních nebo civilizačních chorob. V našem právním řádu nedefinujeme přesný název zdravotně postižený. Užívá se spíše termínů, které vymezují označení pro osoby, které chtějí být nadále schopni soustavně pracovat (občan částečně či plně invalidní, osoba se sníženou pracovní schopností nebo osoba se sníženou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením, částečně, převážně či úplně bezmocný člověk).

Podle internetových zdrojů [www.sons.cz](http://www.sons.cz) Světová zdravotnická organizace (WHO) (1980), která určila mimo jiné i Mezinárodní klasifikaci vad, definuje znevýhodnění i postižení:

- *Vada* (Impairment): jakákoliv ztráta nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce.

- *Postižení* (Disability): jakékoliv omezení nebo ztráta (vyplývající z vady) schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které se pro lidskou bytost považují za normální.
- *Znevýhodnění* (Handicap): nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro tohoto jedince (s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální.

**„Jednoduchá definice užívaná u nás pro účely zdravotního pojištění zní: stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady.“**(www.sons.cz).

Dle cs.wikipedia.org. zdravotním postižením rozumíme určité zvláštnosti zdravotního stavu člověka, která jej částečně omezuje v jeho činnostech, jako je pohyb, jeho kvalita života, jeho společenské uplatnění. V Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se zdravotním postižením rozumí postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, které činí nebo mohou činit osoby závislé na pomoci jiné osoby. Dle Zákona 435/2004 Sb., o zaměstnanosti jsou takto vymezeny osoby se zdravotním postižením. Jsou to fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány jako částečně či plně invalidní, ale také osoby, které jsou úřadem práce uznány jako zdravotně znevýhodněné.

Podle www.helpnet.cz se každý desátý občan ČR řadí mezi osoby se zdravotním postižením. Nejčastější důvody zdravotního postižení bývá způsobeno jednak nemocí, dále pak vrozenými vadami, a v neposlední řadě stářím a úrazem. U žen bývá častěji hlavní příčinou nemoc, u mužů to jsou vrozené vady. Nemoci postihují většinou vnitřní orgány. Ve vysokém věku dochází k degenerativním změnám organismu a následně ke zvýšení míry chorob vnitřních orgánů, ve většině výskytu je to oběhový systém. Dalšími faktory jsou příčiny, které vznikly v prenatálním období (způsobené léky, drogami, alkoholem) a jiné, způsobené komplikací porodu. Délka trvání zdravotního postižení se projevuje dle typu postižení, jeho závažnosti a doby, kdy vzniklo. S dobou rostoucího věku je prodlužována i doba života, kterou člověk se svým zdravotním postižením prožívá. Podle typu postižení bývají vrozené vývojové vady nejčastěji u lidí, kteří mají různé stupně mentálních retardací, ty bývají zpravidla doprovázeny některými z chronických zdravotních potíží a zpožděným vývojem. Podle doby výskytu přichází lidé ke svým prvním zdravotním postižením ve věku 45 - 59 let, pokračuje období 60 - 74 let, někteří i ve věku 30 – 44 let, příčinami bývají mimo získané i vrozené vývojové vady.

Pod pojmem zdravotní postižení si vysvětlujeme jednotlivé druhy onemocnění, které provázejí určité skupiny lidí v jednotlivých úsecích života, některé po celý život. Vznikají buď od narození, příchodem na svět, v průběhu života jako následky onemocnění anebo po úrazech.

## 2.2 o historii péče osob se zdravotním postižením

Jednou z prvních průkopnic, které se zajímaly o sociální práci byla Marie Richmondová. Ve svém díle „Sociální diagnóza“ se zaměřila na sbírání informací o klientovi sociální služby, aby pak sociální pracovník mohl lépe vyvodit způsob sociální léčby. Tento způsob nazvala „Případovou prací“. Současnice J. Adamsová nedůvěřuje formálnímu vzdělávání a spíše se přiklání k modelu, které dnes nazýváme komunitní sociální práce. V základních komunitních centrech je možno získat sociální pomoc včetně poradenství lidem v okolí. Po několik dalších desítek let je sociální práce prováděna multikomplexně v rámci jiných disciplín, a pokoušela se o vlastní teorie a východiska (Matoušek, 2001).

Sociální práce je ve 20. století uváděna jako společenskovední disciplína. Zabývá se praktickými činnostmi, jejichž úkolem je zabývat se řešením sociálních problémů v rámci řešení individuálních sociálních situací.

Sociální pracovníci pomáhají jednotlivým samostatným jedincům, ale i skupinám dosáhnout toho, aby byli schopni přizpůsobit se společenským podmínkám a uplatnit se v osobním životě. (Matoušek, 2001, s. 10).

Pro sociální práci jsou důležité aspekty dobra a zla, uplatnění v reálném životě, vzájemné toleranci. K tomu je zapotřebí optimální uspořádání společnosti. Systém sociálního zabezpečení v demokratickém státě je součástí sociální politiky.

Dle Matouška v posledních více jak 10 ti letech dochází k zakládání vysokoškolských studií sociální práce, jejími vyučujícími jsou pedagogové, kteří doposud působili v sousedních disciplínách. Jejich práce je vzdělávat sociální pracovníky, kteří nemají v posledních 10 ti letech praktické zkušenosti. Doposud se prováděla rekvalifikace pedagogů bez kvalitních učebních textů pouze ze zkušeností z praxe, vycházelo se pouze ze zahraničních ukázkových prací. Teorie sociální práce vycházejí často ze snahy pokus – omyl. Oborová praxe sociální práce prochází zdlouhavými změnami. Příliš dlouho se čeká



na změnu zákonů, metodik. Zájemci o sociální práci musí dbát na doplnění svého vzdělání v zájmu prosadit nové změny v sociální práci. (Matoušek, 2001, s. 11).

K porovnání k tomuto tématu Matoušek uvádí: *„Na konci 20. století Jan S. Efraim prohlásil, že se sociální pracovníci zpronevěřují svému původnímu povolání tím, jak se privatizují a orientují na individuální terapeutickou práci s klienty“* (Matoušek, 2011, s. 9).

Tak jak se vyvíjela historie sociální práce a s ní i pohled na člověka jako na osobnost samotnou, bylo nutno zaměřit pozornost i na jeho zvláštnosti, zejména zdravotní a psychickou stránku, o jejichž způsobech a pravidlech pojednává věda, kterou nazýváme speciální pedagogika. Jí bych dále věnovala větší pozornost, která by vedla k většímu pochopení života handicapovaných, mezi něž patří i senioři.

*„...Speciální pedagogika je disciplína orientovaná na výchovu, vzdělání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění.“* (Slowík, 2007, s. 15).

*Speciální pedagogika* je obor, který se zabývá péčí o osoby s postižením. Tento pojem se u nás začal poprvé objevovat už před 50 ti lety, ale její prostředky se používají již od existence lidstva. Je to mladá humanitní věda, která se stále vyvíjí. V 80. a 90. letech minulého století došlo k výrazným společenským změnám, které ovlivnily její vývoj, dochází ke změnám, kdy se v naší společnosti začalo dívat na lidi s handicapem z jiného úhlu. Z historického pohledu je to období velkých změn v chování společnosti ke znevýhodněným osobám (Slowík, 2007).

V každé společnosti se setkáváme s handicapovanými lidmi, kteří se s postižením buď narodili, nebo jsou po úraze, či nemoci V každém období se setkáváme se vztahy většinové společnosti ke znevýhodněným, k jejich péči a nemoci. Dá se hovořit jak o primitivnosti, tak o vyspělosti léčby. V každém případě jde o historický vývoj medicíny, vždy šlo alespoň o snahu zlepšení a pomoci nemocnému, či postiženému, k jeho zkvalitnění života. (Tamtéž).

Ze speciálně pedagogického hlediska rozlišujeme několik přístupů, jak reaguje společnost k handicapovaným. (Titzl, 2000 in Slowík, 2007).

*Represivní přístup* – V tomto období nejstarších civilizací (starověk) docházelo ke zbavování nemocných a postižených. Jednalo se o slabé jedince, kteří by nedovedli v dané populaci přežít. Samozřejmě šlo také o malou úroveň a dostupnost lékařské péče. Avšak ve vyspělých civilizacích jako je Babylon, Mezopotámie, Řecko, platila velmi přísná opatření

na ochranu a zajišťující péči pro jinak postižené i jejich rodinné příslušníky od obce nebo státu. Ze starověku se dochovaly i důkazy vážných lékařských zákroků medicínské péče (Titzl, 2000 in Slowík, 2007).

*Charitativní přístup* - S rozvojem společnosti dochází k vývoji vztahu a přístupu ke zdravotně znevýhodněným vlivem filozofie, ideologie, myšlenkových proudů a společenských paradigmat. Křesťanství pohlíželo na postiženého člověka ve spojení s milosrdenstvím ve snaze ochrany a pomoci. Je to především církev. Na péči o potřebné občany se zaměřuje církev. Zakládají se hospice, klášterní špitály. Ačkoliv kvalita pomoci a péče k postiženým jedincům byla v té době různá, pozitivně ovlivnila její vývoj. (Slowík, 2007, s. 13).

*Humanistický přístup* – V období renesance a osvícenství (novověk) – dochází ke zdůraznění a zkoumání tělesné struktury a funkce člověka, Ve středověku doposud pohlíželi na člověka jako na duchovní bytost, která musí doufat v budoucí lepší život. Nyní dochází k vědeckému poznání a technickému rozvoji. Dochází k programování péče, zkvalitnění lékařských postupů a specializacím, které by zlepšily postavení handicapovaných ve společnosti a zkvalitnění jejich způsobu života, ale také ke zkvalitnění léčby postižení. Zakládají se instituce, které se zaměřily na pomoc a péči různě postižených osob. Na člověka se začíná pohlížet jako na komplex fyzické, psychické duchovní a sociální složky. (Slowík, 2007, 13).

*Rehabilitační přístup* – Na přelomu 19. a 20. století dochází ke vzájemnému propojování léčby s výchovou a vzděláním. Rehabilitace se snaží o znovu začlenění handicapovaného člověka do společnosti. Má to však i své zápory. U člověka, který se nechce rehabilitovat, přichází na řadu institucionální péče (umístění v ústavním zařízení). Ve 2. polovině 20. století tak u nás docházelo k segregaci postižených lidí. (Slowík, 2007, s.14).

*Preventivně integrační přístup* – ve vyspělých státech dochází po 2. světové válce k záměrné prevenci vzniku postižení, předcházení riziku, že by se narodilo dítě s vrozenou vadou nebo poruchou. Dochází k záměrné integraci postižených osob do většinové populace (u nás 90. léta 20. století). Rozporuplné jsou otázky problematiky genetického inženýrství a interrupce, čili prevence, a přijímání handicapovaných jedinců do většinové společnosti. Setkáváme se s nepřipraveností a nevstřícným postojem populace k postiženým osobám (Slowík, 2007, 13).

*Inkluzivní přístup* – uplatňování moderních trendů a postupů při začleňování postižených lidí do běžné společnosti. Běžné standardní, nesespecializované postupy soužití intaktní společnosti s handicapovanými.

V této subkapitole jsem přiblížila přístupy a pohledy na historii a péči osob se zdravotním postižením. V každém období vývoje společnosti byla tato problematika brána jako skutečnost, pracovalo se s ní podle její vyspělosti, uspořádání a potřeb. S rozvojem společnosti se péče o seniory se zdravotním postižením zkvalitňuje a rozvíjí. Je to způsobeno většími znalostmi z oblasti lékařské a geriatrické medicíny, znalostí psychologických zvláštností a potřeb handicapovaných osob. Nemalý podíl mají také rozvíjející se společenské vědy, studium poznatků a zkušeností v této oblasti a v neposlední řadě způsob provázanosti péče a finančních prostředků, které jsou vynaloženy k uspokojování života a potřeb seniorů se zdravotní problematikou.

## **2.3 typy postižení**

Podle Votavy a kol. (2003) se u osob se zdravotním znevýhodněním vyskytují různé typy a druhy postižení:

1. Tělesné postižení – poruchy hybného pohybového ústrojí.
2. Zraková postižení – slabozrací a nevidomí, vrozené vady, degenerací, úrazy.
3. Sluchová postižení – nedoslýchaví, neslyšící, od narození i v průběhu života.
4. Postižení vnitřními chorobami- civilizační choroby.
5. Mentální postižení – omezení rozumových schopností.
6. Demence – úbytek rozumových schopností u lidí staršího věku.
7. Psychiatrickí pacienti - abnormní psychické příznaky anebo chování.
8. Samostatné těžší poruchy řeči - v kombinaci s poškozením jiných orgánů a funkcí.
9. Kombinovaná a další postižení (parciální).

Vzhledem k zaměření tématu své bakalářské práce bych se chtěla zabývat zdravotními potížemi seniorů, o kterých se domnívám, že se vyskytují nejčastěji, tak jak jsem mohla posoudit z osobních setkání se seniory, při výkonu svého povolání sociální pracovnice agentury příspěvku na péči, anebo dávek pro zdravotně postižené seniory. Také jsem se seniory setkávala při výkonu své odborné praxe, kdy si nemocní senioři stěžovali na svá trápení.

## A Tělesná postižení

Hlavními znaky pro osoby se zdravotním postižením je omezení hybnosti. Podle Vítkové (1999) se může jednat buď o prvotní, nebo druhotné omezení hybnosti:

- a) *prvotní* – jedná se jednak o přímé postižení vlastního hybného ústrojí anebo o postižení zaměstnávající centrální či periferní nervovou soustavu, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí např. amputací, deformacemi, vývojovými vadami apod.,
- b) *druhotná* – v tomto případě centrální i periferní nervová soustava zůstává, stejně tak jako vlastní hybné, ústrojí bez patologických změn, omezení hybnosti je však z jiných příčin. Projevují se důsledky chorob srdečních, revmatických, kostních apod., které omezují pohyb nemocného.

Podle Slowíka (2007) jsou tělesná postižení zaznamenána v různých podobách, buď vrozené, nebo získané tělesné odlišnosti. Může se jednat o chybění končetin nebo jejich částí, rozštěpové vady, nebo deformity páteře nebo jiných částí těla. Přitom se jedná obzvláště o pohybové omezení, které je způsobeno centrálními nebo periferními obrnami:

- a) *vrozené* – dětská mozková obrna (DMO), k níž došlo ve většině případů k poškození mozku dítěte během porodu. Projevem je paréza – částečné ochrnutí:
  - *spastické formy* - příznaky jsou koordinace pohybů. Vede ke zkroucení končetin nebo jejich částí, k omezení hrubé i jemné motoriky,
  - *hypotonické formy* - ochablé svalstvo, nízké svalové napětí způsobuje obtíže.Nejtěžší formy DMO – kromě pohybového omezení se objevuje i mentální postižení, dalšími problémy – epilepsie, smyslové vady,
- b) *získané* – následky závažných úrazů (poranění páteře s přerušáním páteřní míchy – vede k úplnému ochrnutí tzv. plegiím.

Podle Slowíka (2007) rozlišujeme dále:

- *chronická onemocnění* – příčina některých omezení v pohybu – revmatismus, roztroušená skleróza,
- *ochrnutí* – příčinou jsou i cévní mozkové příhody (CMP),
- *amputace* – vedou k nim mimo jiné cévní nebo onkologická onemocnění.

Lidé s tělesným postižením jsou zřejmě jedním z nejvíce na pohled rozeznatelných postižení. Podle typu a závažnosti se někteří pohybují na vozíku, za pomoci různých

podpěrných holí, berlí, chodítek. Jsou však i dokonalé protézy, které nahrazují končetiny, že si jich běžně nevšimneme. Pohyb osob s tělesným onemocněním je však do jisté míry abnormální. Přesto se však nevyhýbají běžným aktivitám a sportům, byť i rekreačním. Z jejich řad jsou známi a sportovci a vítězové paralympiád, méně zdatnější se snaží o běžné začlenění do života, a pokud to situace dovoluje, neodpírají si ani pobyt a léčebnou rehabilitaci, která vede ke zmírnění zdravotního problému a zkvalitnění pohybu. Takto postižení senioři zařazují spíše tělesné aktivity pomalejšího rázu, jako je rozcvičování, protahování a chůze.

## **B. Chronické vnitřní choroby**

Pacienti, kteří se dlouhodobě léčí s nemocemi, uváděnými jako oblast vnitřního lékařství, potřebují rehabilitaci jako nedílnou součást léčby.

Mezi tyto choroby podle Votavy a kol.(2003) řadíme:

- Pacienty s ischemickou chorobou srdeční (ICHS).
- Akutní infarkt myokardu- bezprostředně ohrožuje život člověka.
- Arteriální hypertenze – nejčastějším chronickým interním onemocněním- rehabilitace vede ke zlepšení fyzické kondice a změně životního stylu.
- Ischemická choroba dolních končetin – časté onemocnění u kuřáků.
- Chronická žilní insuficience (varixy, záněty žil, u fyzikální terapie užíváme ke zvýšení žilního odtoku vodoléčby.
- Choroby respiračního systému – zapomíná se na možnost rehabilitačních metod pro zlepšení dýchání u chronických respiračních nemocí.
- Pacienti s chronickou obstrukční chorobou bronchopulmonální (CHOPN)- základní dechové techniky vedou k odstranění hlenu z dýchacích cest.
- Lázeňská léčba - možnost dlouhodobého působení na pacienty, především s respiračním onemocněním.
- Onkologičtí pacienti – lázeňská léčba, posílení sociálních vazeb.
- Diabetici – rehabilitace zajišťuje správnou koordinaci pohybů, redukci váhy.

Tato vnitřní onemocnění jsou pro člověka jakéhokoli věku velice sužující, ale pro seniory indikující. Jsou to postižení vnitřních orgánů, která se nedají snadno vyléčit jako třeba zlomeniny nebo výměna kloubu. Proto potřebují delší léčbu, a stejně tak i rehabilitaci.

## C. Demence

Demenci zařazujeme mezi onemocnění mentálního postižení. Podle Votavy a kol. (2003) představuje snížení rozumových schopností u dospělých osob. Řadíme k nim Alzheimerovu chorobu a aterosklerotické demence. Pacienti, kteří trpí těmito nemocemi si zpočátku zhoršení rozumových schopností ani neuvědomují. V pomoci léčby nastupuje rehabilitace, která udržuje aktivitu a životní úroveň těchto pacientů.

Pacovský (1990) uvádí demenci jako poruchu orientace, učení, paměti a uvažování, které snižují mentální schopnosti a v případě, že nejsou léčeny, jsou neorganické změny v jejich mozku nezvratné.

Podle Pacovského (1990) dnes hovoříme o senilní demenci Alzheimerova typu, která má různé formy, z nichž uvádíme zejména Alzheimerovu nemoc, jejíž etiologie je dosud neznámou příčinou více jak poloviny všech demencí ve stáří a v dospělém věku.

Pacovský (1990) uvádí další příčiny demencí ve stáří:

- Multiinfarktová demence – výpadky oblastí mozkových tkání, intelektové defekty.
- Demence smíšené- prvky obou hlavních typů.
- Sekundární demence – vlivem chronických somatických chorob, intoxikací, dlouhodobé infekce a poúrazové stavy.

U osob s demencí zařazujeme medikamentózní léčbu, ale vzhledem k jejich věku je důležitá také léčba a rehabilitace v domácím prostředí. Procvičujeme s nimi mozkové funkce a podporujeme a udržujeme je v duševní aktivitě. Takže s nimi zvládáme jednoduché úkoly a učení, předčítáme jim, vedeme je k zapamatování textu, dáváme jim otázky, na které se jim snažíme pomoci s odpovědí. Senioři s největšími projevy demence, kdy již nejsou schopni samostatného života, zůstávají nebo přecházejí do péče druhých. Nejčastěji to bývá rodina. Je důležité je nejdéle ponechat takto postiženého člověka v domácím prostředí.

### 2.4 postižení člověka ve společnosti

Pohled na zdravotně postiženého člověka je v různých společnostech jiný. Záleží na vyspělosti, historii, vývoji a společenském uspořádání. Každá společnost má své zákony a normy, jimiž se řídí. Z nich také plnou přístup k určitým skupinám nemohoucích osob. K nim řadíme jak seniory, tak i zdravotně postižené osoby. Proto bych nyní chtěla uvést

několik pohledů, jak přijímá člověk své postižení a jak na ně reaguje nejen on sám, ale i jeho rodina.

Přijetí zdravotně postiženého člena rodiny - bývá nestandardní ke všem jejím členům. Nejenom jedinec sám, ale i jeho okolí vnímá jeho postižení rozdílně. Toto období prochází několika fázemi. (Vágnerová, 2004).

Podle Slowíka (2007) rozlišujeme tyto fáze:

*Fáze šoku a popření* - zhroucení nadějí, odmítnutí uvěřit diagnóze, nezvratitelným důkazům, získání informací o nemoci, naučení se citlivě jednat s nemocným.

*Fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem* – postupné smířování s realitou, se skutečným stavem věci, hledání viníků, rodina se učí žít život s nemocným, přijímají rady pomoc především od rodiny, blízkých přátel a odborníků (lékař, psycholog, speciální pedagog, duchovní).

*Fáze smíření a realismu* – rodina si uvědomí a přijme skutečnost postižení, naučí se žít způsobem zohledňujícím postižení a sbírá možnosti dalšího spolužití s nemocným.

V tomto oddíle jsem chtěla přiblížit fáze přijetí seniora se svým postižením, jejich myšlenky, jak se sami vypořádají se svým handicapem, zda má smysl žít, zda jejich problém přijme jejich rodina a jaké zaujme stanovisko. Budou ještě potřební, nebo, kde stráví zbytek života? Nakonec však přijde smíření s realitou jak jedince, tak i rodiny, což je dobrým předpokladem pro další chuť do života. Dobrým východiskem pro tyto seniory je zaujmout takové stanovisko, aby i přes své zdravotní problémy pomohli ostatním žít dál a přesvědčili sami sebe, svou rodinu a blízké, ale i ostatní jedince, kterých se to týká, kteří také řeší dilema svého zdravotního znevýhodnění, že jsou stále potřební, život jde dál, a má smysl za to žít.

A nyní z pohledu na společnost a její postoj ke zdravotně znevýhodněným. Slowík (2007) uvádí, že kdybychom se podívali zpět do historie, v každém jejím období bychom objevili odlišné názory, které se vztahují k handicapovaným. I v současné době se setkáváme s komplikacemi, které se týkají rozdílných vztahů zdravé populace k osobám se zdravotním postižením. Dále se zmiňuje o:

*Medicinizaci* postižení, která přetrvává z minulosti a označuje pohled na handicapovaného jako na nemocného člověka, označuje proces rozlišování označení nemoci:

- a) seniora zdravotně znevýhodněného bychom neměli označovat jako nemocného a tuto roli bychom mu přisuzovat neměli. Podle mezinárodně platné definice zdraví (WHO) můžeme v určitých situacích označovat člověka s handicapem jako zdravého,

b) nemoc a pacient (senior) jsou typické tím, že ten, kdo je nemocen, je ve stavu, který by se měl změnit a člověk (senior) uzdravit. U zdravotně postižených seniorů tomu tak není. Handicapovaní jsou v momentálním stavu, většinou nenávratném, který už změnit nelze a je to stav trvalý.

Pacienti, ale i senioři v naší společnosti vyžadují určité úlevy a vyhraněné podmínky, které jim zajišťují řádnou léčebnou péči a finanční podporu. Nese však i některá nevyhnutelná omezení, např. člověk s takovýmto omezením nemůže běžně pracovat, ze zdravotních důvodů se nemůže ani vhodně a volně pohybovat. Ale v každé společnosti existuje jiná kultura, jiné tradice, ale i postoj a označení k lidem a seniorům s postižením. V naší společnosti se těmto lidem nejčastěji říká osoby *zdravotně postižené* nebo *osoby se zdravotním postižením*. Tyto názvy používáme jako vhodné termíny pro označování postižených osob jak pro okolí, tak pro samotné lidi s postižením, seniory, kterých se to týká.

O tom, jak je spojen život handicapovaného člověka s okolím pojednává význam slova *stigma*. Je to znamení negativního významu, který tyto osoby, seniory označuje jako postižené. V souvislosti s ním je spojena *stigmatizace* – hovoří o tom, jak je postižení chápáno společností.

Tímto oddílem jsem se chtěla přiblížit k problému, jak pohlíží okolí na své seniory s handicapem. Někteří se chovají, jako by se jich problém této oblasti ani netýkal, jiní na ně pohlíží s ostychem otázkou, jaké vlastně zaujmout stanovisko a způsob chování, jak jednat s takovými osobami. Nejblíže mají k této populaci právě jejich blízcí a rodina, ale i opak je někdy pravdou. Z mého pohledu jsou to lidé jako my, ne všichni jsou osobami, které vyžadují pomoc z důvodu mentálního postižení či neschopnosti komunikace. Jsou potřebnými už jenom z toho hlediska, že jsou to prostě lidé, kteří potřebují kontakt s ostatními a to nejen osobní, ale i společenský, pracovní, politický, sexuální nevyjímaje.

Nyní bych chtěla hovořit o přizpůsobení, či vyloučení seniorů i zdravotně postižených seniorů do společnosti. Senioři se stále cítí být schopni pracovat a pohybovat se ve společnosti. Mají své zájmy a záliby a nechtějí být společností vylučováni. O těchto socializačních problémech a způsobu přístupu k této tématice pojednává integrace a inkluze.

Podle Slowíka (2007) rozlišujeme:

*Integrace* - v souvislosti se zdravotně postiženými lidmi hovoříme jako o nejvyšším stupni socializace člověka, naopak od *segregace*, což znamená její vyčleňování, jež nazýváme sociální exkluze. Vyjadřuje vývojové vztahy mezi handicapovanými a společností.



*Sociální integrace* – je to proces, kdy se jedná o rovnoprávné začleňování člověka do společnosti, jedná se o přirozený proces, týkající se každého člena společnosti. U některých specifických případů, např. minoritních skupin, které nejsou schopny dosáhnout požadované míry socializace, je pak nezbytné vést je a podporovat v tom, aby byli schopni integraci zvládnout, a proto jim k tomu vytváříme podmínky.

*Pracovní integrace* – zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností nebo podporované projekty zaměstnávání osob s handicapem (chráněné dílny, chráněná zaměstnání).

*Společenská integrace* - lidé žijí v bezbariérově upravených společných domech a setkávají se ve společenských prostředích, místech sociální pomoci, např. chráněná bydlení.

Podle Slowíka (2007) v modernějším postupu integračního procesu při začleňování handicapovaných osob do společnosti, dochází k tzv. *inkluzivním postupům*.

**„Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení.“** (Slowík, 2007, s.32).

Slowík (2007) dále v souvislosti k přístupu k lidem se zdravotním postižením uvádí:

*Inkluzivní přístup* – nastává tehdy, když lidé se zdravotním postižením se zapojují do běžných činností, jako by ani postižení nebyli, bez využívání žádných běžných speciálních metod a prostředků.

*Integrační přístup* – v tomto případě naopak musíme využít těchto speciálních prostředků, abychom mohli handicapovaného člověka zapojit do každodenního života a běžných činností.

Ne jenom z pohledu integrace a inkluze, ale i z pohledu osobního, bych se přiklonila k názoru, že zdravotně znevýhodněného člověka je třeba stále brát jako jednoho z nás, pomáhat mu začlenit se alespoň částečně do pracovních činností, zabránit vyčleňování se z kolektivu, neopouštět své zájmy, mít stále chuť a sílu zaujímat se o to, co se děje v jejich okolí, ale i ve světě. K tomu je však potřeba nejen jeho vůli a přesvědčení, ale i ostatních zdravotních a specializovaných metod a činností.

## 2.5 kompenzace zdravotního postižení

K tomu, aby se člověk, ale především senior lépe vyrovnával se svým handicapem, není třeba jenom lásky, citu a porozumění, ale také odborné zdravotní pomoci a prostředků, v neposlední řadě však dalších metod a pomůcek, které disabilitu seniora pomohou zmírnit.

### Kompenzační pomůcky

U seniorů se zdravotním postižením a v jejich rehabilitaci, používáme takzvané kompenzační pomůcky, které kompenzují jejich disabilitu (postižení) při běžných činnostech.

Podle Votavy a kol. (2003) jsou rozděleny podle hledisek:

1. podle toho, jak je kompenzována jejich disabilita
  - a) Vhodnými pomůckami se snažíme udržet funkci alespoň jedné ruky po amputaci nebo ochrnutí.
  - b) Snažíme se o kompenzaci škály pohybů dolních nebo horních končetin a páteře.
  - c) Ruka má malý stisk, člověk v ní ztrácí úplný cit a není schopen udržet předmět v ruce.
  - d) Snažíme se částečně o náhradu celkové ztráty síly tělesné konstituce.
2. podle toho, jaká činnost je kompenzována
  - a) Při hygieně – za použití speciálního vybavení WC a koupelen.
  - b) Při jídlu používáme speciálního nádobí k pití a příboru.
  - c) U oblékání, obouvání a vyzouvání je potřeba zvláštních obouváků a pomůcek ke snadnému zvládnutí oblékání.
  - d) Při komunikaci používáme počítače, telefony, zaměřené na čtení knih a časopisů.
  - e) Příprava pokrmů a jiné nenáročné kuchyňské práce – obsluha kuchyňských spotřebičů a nástrojů.
  - f) Jiné jednoduché úklidové práce – vytírání prachu, vysávání.
3. podle toho, jak jsou pomůcky distribuovány
  - a) Ne všechny pomůcky jsou k dostání. Proto uvítáme, je-li pomůcka běžně a levně dostupná.
  - b) Některé z pomůcek jsou vyráběny individuálně dle vlastní potřeby a zkušeností.

- c) Největším problémem jsou pomůcky, které jsou málo dostupné, jelikož jsou vyráběny v malém počtu, vzhledem k zaměření na určitý typ postižení.

Druhy postižení se u zdravotně znevýhodněných seniorů liší. Někdo přišel k tomuto handicapu při úraze, jiní se s ním narodili nebo je způsobila vleklá nemoc, která měla dědičný původ. Každý typ handicapu postihuje jinou oblast člověka, ať už fyzickou či mentální, osobnostní. U seniorů, k jejichž zmírnění je nutno postupovat s odlišným způsobem přístupu a pohledu, ale také vhodným výběrem jednotlivých druhů pomoci, do nichž započítáváme i zdravotní pomůcky, jejichž možnosti výběru dle typu onemocnění nyní uvádím.

### **Pomůcky při chůzi**

Pomáhají zdravotně postiženým, zejména seniorům zajišťovat větší stabilitu při chůzi, slouží jim jako opěrný bod a nezatěžují klouby na dolních končetinách. U postižení, která omezují chůzi, jsou používány pomůcky, jako jsou vycházkové hole, francouzské hole a podpažní berle. Z vlastního pozorování jsem usoudila, že nejvíce jsou užívány francouzské hole. Podpažní berle slouží spíše v akutních případech po úraze a operacích. Jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami, dostanou se k zapůjčení u příslušného lékaře, který tyto pomůcky doporučil. K pomoci při chůzi slouží také vícebodové opěrky. Jsou to hole, které jsou v dolním konci opatřeny různými, jejich opěrné body jsou o stejné délce. Tak se těžiště nesoustředí pouze do jednoho bodu a člověk je zajištěn větší stabilitou.

Nejbezpečnější pomůckou, která zajišťuje stabilitu při chůzi nemocného seniora jsou chodítka. U této pomůcky je ještě více těžiště rozloženo na větší plochu. Je to čtyřnožka, uzpůsobená výšce nemocného, která je nahoře opatřena plochou, o kterou se člověk opírá. Jsou i chodítka, která jsou na konci noh opatřena kolečky, která se dají zajistit brzdou.

V případě neschopnosti vlastní chůze slouží seniorům vozíky. Ty jsou buď mechanické a je možné je uvádět do pohybu vlastní silou a to tak, že kola vozíku tlačíme rukama vpřed. Lepší vymožeností jsou elektrické vozíky, jež jsou poháněna elektrickým pohonem, jímž se dá vozík různě nasměrovat. Symbolem vozíku jsou označena místa pro tělesně postižené seniory. Takovéto označení jim umožňuje přístupnost do prostředí, které je vyhrazeno pouze pro ně (např. WC, sprchy, parkování apod).

K vlastnímu pohybu na větší vzdálenosti jsou motorové skútry. Je jich více typů, jejich výběr je nutno přizpůsobit výšce a váze člověka. Pro zdatnější osoby, schopné alespoň částečně pohybu, existují tříkolky a čtyřkolky. Osoba může šlapat vlastníma nohama. Dají

se opatřit elektrickým pohonem, takže osoba nemusí stále šlapat, ale část jízdy může odpočívat. K těmto tří a čtyřkolkám se dají zakoupit sidecary, pro převoz další osoby.

Dále bych se chtěla zmínit i o pomůckách, které slouží k rehabilitaci. Jsou to motomechy, které slouží k procvičování dolních končetin. Opět jsou buď mechanické či elektrické.

V neposlední řadě uvádím i schodišťové plošiny, sedačky a výtahy. Slouží osobám, seniorům s tělesným handicapem překonávat výškové bariéry. Dají se pořídit jak do obydlí takto postižených osob, můžeme je shlédnout i ve školách a na úřadech. Pořizují se i v prostoru, jako například při přechodu lávek přes vodu.

Zde jsem uvedla druhy pomůcek, které především pomáhají osobám, seniorům se zdravotním znevýhodněním, kteří se díky svému onemocnění stali osobami se sníženou možností pohybu. Tyto pomůcky jim umožňují alespoň částečně vlastní chůzi a podporují je v zabránění v nečinnosti. Osoby na invalidním vozíku udržují alespoň část svého těla v pohybu, tím, že je samy obsluhují, nabývají vědomí, že nejsou upoutáni na lůžko a jsou alespoň částečně mobilní.

### **Poskytnutí jednorázových dávek na opatření zvláštních pomůcek**

Pro občany těžce zdravotně postižené, kteří potřebují kompenzační pomůcku ke zmírnění, odstranění či překonání následků zdravotního postižení, mohou být přiznány jednorázové příspěvky na zakoupení takovýchto pomůcek. Do 31.12.2011 byly tyto příspěvky možno přiznat podle přílohy č. 4 vyhlášky MPSV 182/1991 Sb., v platném znění. Kompenzační pomůcky v ní byly rozděleny podle typu zdravotního postižení. Příspěvek nebyl poskytnut, pokud potřebnou pomůcku nezapůjčovala nebo nehradila příslušná zdravotní pojišťovna.

Pokud požadovaná kompenzační pomůcka není uvedena v seznamu pomůcek, na který je možno přiznat příspěvek, je možno ji označit jako srovnatelnou pomůcku. Srovnatelnost pomůcky určuje úřad, který o dávce rozhoduje.

Na některé ze zvláštních pomůcek je možno přiznat i příspěvek, který je spojen se zácvikem pomůcky. Příspěvek na zácvik kompenzační pomůcky je hrazen vždy v plné výši prokázaných nákladů.

Jako kompenzační pomůcku je možno označit také výcvik a odevzdání vodícího psa do výše obvyklých nákladů u úplně nebo prakticky nevidomých občanů.

Příspěvky na opatření pomůcek se nehradí, jestliže žadatel nebo jeho zákonný zástupce zemře.

### **Další jednorázové dávky pro občany (seniory) zdravotně tělesně postižené**

Podle dosavadní právní úpravy vyhlášky č. 182/1991 Sb., u tělesně zdravotně postižených jedinců především seniorů, u kterých se postižení vyskytuje ve větší míře, bylo možno přiznat příspěvky:

- Příspěvek na zakoupení, opravu či zvláštní úpravu motorového vozidla.
- Příspěvek na individuální dopravu.
- Příspěvek na úpravu bytu.
- Příspěvek na bezbariérový byt.
- Příspěvek na garáž.

Další výhody pro občany se zdravotním postižením:

- Příspěvek nevidomým.
- Mimořádné výhody.
- Bezúročné půjčky.

U těchto příspěvků bylo nutné vyjádření posudkového lékaře OSSZ.

Podle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a vyhlášky č. 388/2011 Sb., která upravuje způsob provádění o poskytování těchto dávek, jsou příspěvky pro osoby se zdravotním postižením rozděleny:

- Příspěvek na mobilitu.
- Příspěvek na zvláštní pomůcku.
- Výpůjčku zvláštní pomůcky.

Podle tohoto zákona jsou také upraveny výhody průkazu osob se zdravotním postižením spolu s dalšími výhodami, které jsou s ním spojeny.

Tento zákon je vlastně inovací výplaty dávek po zdravotně sociálně potřebné občany (seniory), které byly ukončeny k 31.12.2011 podle vyhlášky 182/1991Sb., sociální reformou. Změnila se výše výplaty příspěvků, které byly ošetřeny výší příjmů občana (seniora) a okruhu společně posuzovaných osob. Dalším opatřením byla maximální výše součtu výše příspěvku na dané období. Je třeba také neopomenout moment zapůjčení pomůcky spolu s účastí žadatele na úhradu instalace pomůcky, jako např. plošiny, či schodišťové sedačky, které natolik nezatěžují státní rozpočet.

Tyto dávky a výhody dle výše uvedeného zákona prováděcího předpisu jsou v kompetenci krajských poboček, Úřadu práce České republiky, odvolacím orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Příspěvky a výhody pro kategorii těchto občanů i seniorů jim umožňuje pomoc v jejich každodenním životě, neboť jimi mohou zvýšit kvalitu svého života zakoupením potřebné pomůcky, která zmírňuje nevýhody jejich handicapu, a pomáhají k odstranění jejich imobility.

## **2.6 rehabilitace seniorů se zdravotním postižením**

Rehabilitace znamená vyrovnání se s nepříznivými projevy stáří, zmírnění jejich projevů a odstraňování následků. Je to pomoc seniorům, vyrovnat se s příchodem stáří, které doprovázejí zdravotní obtíže, psychické problémy a nedůvěřivost vůči okolí. Je to zklidňující etapa, která utiňuje následky nepříznivých aspektů a vede bytost seniora k řešitelnému ústí.

### **Vysvětlení základních pojmů**

Rehabilitace jako latinský pojem byl zaveden v 19.st. Původně znamenal léčebné postupy, které by vedly k navrácení funkčních schopností. Pojem rehabilitace má i svůj český výraz *návratná péče*. Výsledek rehabilitace znamená odstranění důsledků úrazu, nemoci, které zaznamenáváme na schopnostech rozumových, psychice a vnitřních orgánech. Takovýchto výsledků je možno dosáhnout např. u nekomplikovaných úrazů. Někdy však funkce, které byly ztraceny po úrazech nebo nemoci, nelze obnovit. Například poranění míchy, po poliomyelitidě. *Sekundární prevence* je stav, kdy musíme ztracené funkce nahradit jinými, které zůstaly zachovány. Sekundární prevence je stav, kdy musíme zabránit dalšímu zhoršení zdravotního stavu. Zdravotní stav nemocného je neustále vyvíjen a není možno se vrátit k jeho původnímu stavu (Votava a kol., 2003, s. 9).

Podle Votavy a kol. (2003) je rehabilitace rozdělena:

- *Léčebnou* (je zajištěna sítí zdravotnických a rehabilitačních zařízení. Cílem je provádět léčbu, odstraňování následků nemocí a pokus zmírnění disability).
- *Sociální* (na základě sociální problematiky státu zajišťovat péči o různorodé skupiny obyvatel, tedy i staré lidi s postižením).

- *Pracovní* (pro ty seniory se zdravotním onemocněním, kteří jsou schopni a mají zájem pracovat, možnost jejich umístění).
  - *Pedagogickou* (u lidí seniorského věku se zdravotním znevýhodněním, kteří se rozhodli nadále vzdělávat).
- Podle Votavy a kol. (2003) provádějí léčebnou rehabilitaci tyto instituce:
- *Rehabilitační kliniky* - pracoviště zřizována při fakulturních nemocnicích se svým programem, mají ambulantní i lůžkovou část, zajišťují i jiné rehabilitace jiných pracovišť nemocnice (interna, chirurgie, ortopedie aj., zajišťují i dlouhodobou péči pro osoby, které mají trvalé postižení).
  - *Rehabilitační ústavy* - zde probíhá rehabilitace dlouhodobě v akutní i chronické fázi léčby, patří mezi odborné léčebné ústavy, u některých nalezneme indikace podobné, jako některé lázeňské léčebny. Zaměřují se na léčbu ortopedických a neurologických pacientů. Mezi nejvýznamnější patří Rehabilitační ústav v Kladrubech, Hamzová, Vojenský rehabilitační ústav ve Slapech.
  - *Rehabilitace v lázeňských léčebnách* - původně se využívalo léčebných přírodních zdrojů (léčebné vody, rašelina, slatina) a klimatických podmínek, k tomu přibývají další prostředky rehabilitačního lékařství. Léčí se především doléčování akutních stavů a také léčba osob se zdravotním postižením v chronické a subakutní fázi onemocnění pohybového ústrojí. Janské lázně - léčba rehabilitace a léčba po poliomyelitidě, Jáchymov – Bechtěrevova nemoc, Bohdaneč – doléčování po totální endoprotézy kyčle, Mariánské lázně. Lázně mají rekreační a léčebný účinek. Pobyť v lázních bývá hrazen buď plně – *komplexní lázeňská léčba* včetně úhrady za jídlo a ubytování. U stavů méně závažných, kdy pojišťovna hradí pouze náklady na léčbu – *příspěvková léčba*.
  - *Rehabilitační centra* – vznikaly od počátku 90.let. Jejich cílem bylo vytvořit předpoklad pro rozvoj ucelené rehabilitace tak, že zajišťují návaznost ucelené rehabilitace na ostatní složky. Jejich vznik a rozvoj je součástí Národního plánu pro vyrovnání příležitosti OZP. Metodické vedení zajišťuje Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF v Praze. Dále rehabilitační centra najdeme FN Bulovka Praha, FN Brno Bohunice, odborný léčebný ústav Luže, Košumberk. Jsou určena pro poskytnutí rehabilitační péče pro pacienty, kteří jsou ohroženi dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením. Rehabilitační centra jsou zdravotnická zařízení, která provádí

léčebnou rehabilitaci, využívá prostředky diagnostické, léčebné, vzdělávací, sociální pracovní., většinou jako součást rehabilitačního zařízení. V rehabilitačních zařízeních pracují ergoterapeuti, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, logoped. Ve spolupráci s Národním plánem zajišťují poskytnutí prostředků zdravotnické techniky, jejich výběr a zcvik rehabilitační a kompenzační pomůcky, poradenství pro OZP. V rehabilitačních centrech se vyvozují závěry z výsledků funkčního vyšetření pro Českou správu sociálního zabezpečení – posudkové lékaře, neziskové organizace, občanská sdružení. Rehabilitační centrum slouží nemocným, kteří aktivně spolupracují, u nichž je předpoklad další pokračování restituce, substituce nebo kompenzace poruchy, anebo ztráty funkce a to buď na lůžku a pak v jejich domácím prostředí. Z pomoci léčebných a diagnostických výkonů se usiluje o jejich začlenění do běžného sociálního prostředí.

- *Lůžková oddělení nemocnic* – vznikají od 70. let v některých okresních nemocnicích. Jejich hlavní náplní je doléčování poúrazových stavů, akutních onemocnění a operací s návazností léčby v ostatních odděleních nemocnic. Z větší části jsou pacienti seniorského věku a to především z důvodu většího výskytu nemocí a delší doby doléčování. V některých nemocnicích jsou zřízeny *spinální jednotky*- pro osoby s poraněním míchy. Na ně navazují další rehabilitační spinální oddělení v určených RU (Kladruby – Luže, Hrabyně).
- *Denní rehabilitační stacionář* – provádí se zde celodenní rehabilitace -ambulantní i lůžková. Provádí diagnostickou, rehabilitační a léčebnou péči pacientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci. Může být poskytnuta krátkodobá péče, nejvýše však do 24 hodin.
- *Ambulantní rehabilitační oddělení* – jeden z nejčastějších typů. Nejčastěji léčení pacienti po úrazech, s bolestmi páteře a pohybového aparátu, onemocnění po mozkových a cévních příhodách. Na některých pracovištích jsou speciální rehabilitační programy. Na rehabilitačních pracovištích jsou navázána centra *léčby chronické bolesti*. Dříve byla tato zařízení součástí poliklinik. Kromě lékařů zaměstnávají i fyzioterapeuty.
- *Léčebná rehabilitace v rámci nezdravotnických zařízení* - v průběhu vývoje existují nestátní zařízení, která provádí ucelenou rehabilitaci, včetně léčebné. Výhodou těchto zařízení je, že léčebná rehabilitace není hrazena pouze prostřednictvím výkonů, které



jsou vykazovány zdravotním pojišťovnám, ale mají svůj rozpočet, který je sponzorován doplňkově dotacemi. (Jedličkův ústav).

Samostatně pracující fyzioterapeuti - začínají obvykle soukromou praxí. Část služeb poskytují za úplatu, většina hrazena zdravotními pojišťovnami, ovšem na doporučení odborného lékaře (ortopeda, neurologa). Nejčastěji se provádí léčebná tělesná výchova. (Votava, 2003).

Samostatně pracující ergoterapeuti – zatím se vyskytují pouze v některých zemích. U nás doposud ne, ale věnovali by se poradenství vybavení kompenzačními pomůckami, úpravami bydliště, pracoviště. (Tamtéž).

V této kapitole jsem se zaměřila na rehabilitaci osob a to zejména proto, že téma bakalářské práce zní – Zdravotně postižení senioři. Nemoc si vyžaduje léčbu a rehabilitaci, a to nejen u člověka v mladém věku. Senioři mají také svá onemocnění, která vyžadují dlouhodobou péči a rehabilitaci, o kterých jsem se již zmiňovala jako o nejčastějších onemocněních seniorů v podkapitole 2.4 Typy postižení. Proto jsem jí věnovala prostor v této kapitole.

## **2.7 komunikace s lidmi s postižením**

Tato kapitola nás zavede k problému komunikace osob a seniorů se zdravotním postižením dle druhu jejich handicapu a přiblíží nám některá úskalí a zábrany ve styku s okolním světem, ukáže způsob, jak tyto osoby jejich problémů v kontaktu s okolním světem zbavit.

Komunikace je způsob dorozumívání buď v psané, nebo písemné podobě. Blíže bychom to mohli vyjádřit jako běžné dorozumívání lidmi, seniory. Týká se však i jiných živočišných tvorů. Při pozorování komunikujících lidí, seniorů můžeme rozpoznat jejich vzájemné vztahy a sociální postavení. Většinou probíhá mezi nejméně dvěma lidmi tváří v tvář. Takovému setkání dvou lidí, říkáme *komunikační partneři* a jejich způsobu vyjádření *interpersonální komunikace*. (Slowík, 2010).

S obtížemi s komunikací se setkáváme v běžné populaci, častěji v zastoupení seniorů a u stejné skupiny s handicapem. K obtížnosti dorozumívání přispívají také způsoby a prostředky dorozumívání, například znaková řeč, kterou běžná populace nezná. Každý druh postižení zaujímá svůj problém komunikace. V komunikaci používáme lingvistické dorozumívací prostředky, jako jsou mimická gesta, pohledy, haptiky, posturiky, proxemiky a celkového zevnějšku. (Tamtéž).

Komunikační projevy jsou ztíženy navíc i vadou nebo poruchou, obzvláště u starších postižených jedinců, seniorů. Mají obavy z vlastního neúspěchu, z toho, jak je posoudí většinová společnost. Při komunikaci jsou pak nespontánní a bojí se vlastního projevu, jelikož mnozí z nich už zažili negativní přijetí společnosti.(Slowík, 2010).

### **2.7.1 komunikace s lidmi s tělesným postižením**

Komunikační problémy nastávají u osob, seniorů, u kterých je tělesné postižení spojeno s postižením mozkových funkcí koordinací svalstva, což přímo narušuje řečové schopnosti. Nastává - u pacientů s DMO a prodělaných mozkových příhodách. U těch sledujeme *dysartrii* (porucha artikulace a neobratná výslovnost). Toto onemocnění je způsobeno obrnou nebo je narušena koordinace artikulačního svalstva (jazyk obličejové svaly, měkkého patra, hltanu a hrtanu) a také poruchy polykání. Projevy dysartrie obvykle přetrvávají delší dobu. (Slowík, 2010).

Závažnějším omezením komunikace je *afázie* - narušení již rozvinuté schopnosti porozumět a produkovat řeč. To je způsobeno především organickým poškozením mozkové hemisféry (většinou levé). Afázií je několik typů, ty pak mohou být příčinou narušení schopnosti pouze rozumět řeči, schopnosti mluvení nebo obě schopnosti současně. Náprava je možná podle rozsahu, jak jsou mozková centra poškozena, podle stáří člověka, seniora, jeho schopnosti chtít, podpory rodiny. Důležitým se stává využití logopedické péče. (Slowík, 2010).

Jak již bylo uvedeno, člověk, senior, není vždy schopen komunikace pouze z důvodů vlastní nálady nekomunikovat. Je to hlavně z důvodů jeho tělesného postižení mozkových funkcí, které mají podle své intenzity vliv na vývoj a schopnost řeči. Důležitá je spolupráce pacienta s rodinou a lékařem, schopnost člověka a vůle chtít komunikovat s okolním světem, zvláště ve stáří.

#### **Přístup k člověku s tělesným postižením**

Nemusíme se obávat, že je to člověk, senior, který je nemocný natolik, že by nám vyčítal, že my jeho handicap nemáme. I on ví, že máme ostych s ním nekomunikovat. Je znevýhodněn tím, že je například na vozíku a při rozhovoru s námi se na nás musí dívat zespondu, proto bychom mu měli dopřát rozhovor tváří v tvář, aby se mohl cítit jako

rovnocenný partner. Také bychom hned z prvního setkání neměli dělat ukvapené závěry a ihned si udělat o člověku svůj vlastní názor. Po vzájemném překonání studu mezi komunikačními partnery bychom měli začít vést rovnocenný rozhovor.

U lidí, u kterých se vyskytují spastické formy dětské mozkové obrny nebo jiné vizážní odchylky si dáváme pozor, abychom nevypadali, že nás jejich vizáž, tělesné projevy nebo i projevy spojené s řečí, uvádí do rozpaků a aby to u seniorů nebudilo dojem, že jsou méně inteligentní. (Slowík, 2010). Vždyť i sám věk se podepisuje nad tím, že artikulace, řečové projevy a myšlenkové pochody jsou pomalejší a nemusí ani souviset s jejich postižením. Rozhovor tedy vedeme v pomalejším tempu, sami vhodně artikulujeme, neskáčeme do řeči a necháme seniorovi prostor, aby si našel vhodná slova či se snažil význam svých slov vysvětlit. Musíme i předvídat a naučit se, si jeho slova domýšlet, abychom rozpoznali, co nám chce vlastně říci.

K postiženému senioru přistupujeme jako k rovnocennému člověku, zbytečně ho nelitujeme, abychom nevzbudili pocit, že je snad méně inteligentní a že není naším rovnocenným partnerem. Oni své postižení neberou jako katastrofální skutečnost, většinou jsou už se svým postižením smířeni a připraveni čelit svému handicapu. Potřebují si dokázat, že jsou ještě plni aktivního života a chtějí si své stáří užít bez větších omezení.

Také je důležité při komunikaci s handicapovaným seniorem najít způsob, jak s nimi mluvit bez obstrukcí. Je umění hovořit s postiženým seniorem, abychom i my měli pocit, že osobu neurazíme. Zbytečně se nevyptáváme. Když vycítíme, že jsou mu otázky nemilé, není vhodné o nich právě teď hovořit. Senioři se svým handicapem žijí už delší dobu, proto o svém postižení dokážou hovořit. Můžeme s nimi otevřeně hovořit o jeho postižení, době a příčině, která jeho postižení způsobila.

Neopomenu se ani zmínit o fyzickém kontaktu mezi tělesně postiženými seniory. Nebojíme se člověka dotknout, pokud mu to není vyloženě nepříjemné. Je to vyjádřením důvěry, náklonnosti, úcty, ale dáváme si pozor, aby to nevzbudilo dojem lítosti.

Podle Slowíka (2010) rozdělujeme komunikaci s imobilním člověkem:

- na ortopedickém vozíku nebo částečným pohybovým omezením,
- s artikulacími obtížemi (po DMO, cévní mozková příhoda),
- s člověkem s afázií (člověk nemůže mluvit, ale rozumí nám, možno využít psaní, kreseb – k tomu existuje obrázkový slovník pro afatiky).

S tělesně postiženým člověkem hovoříme otevřeně, nezastíráme jeho přítomnost, zbytečně ho nelitujeme a nevnučujeme se mu. Při komunikaci se snažíme dostat na výškovou úroveň. Snažíme se být mu rovnocenným partnerem a vést ho k myšlence, že

není starým nemohoucím člověkem, jehož zdravotní situace je zhoršená navíc jeho handicapem.

## **2.7.2 komunikace s lidmi s mentálním postižením a psychickými poruchami**

U těchto osob je komunikace velice obtížná. Nejinak je tomu u seniorů. Zdraví senioři žijí myšlenkově ve svém světě. U zdravotně znevýhodněných s mentálním postižením a psychickými poruchami je komunikace ovlivněna stupněm postižení. Mnozí z nich komunikace nejsou vůbec schopni, nemají problém, jak je přijme společnost. Nedívají se na svět jako psychicky duševně zralý člověk. Obzvláště u těchto pacientů, je třeba znát specifické zvláštnosti jejich onemocnění a zaměřit se také na individuální zvláštnosti konkrétního jedince, bez níž bychom nemohli takového člověka ani pochopit, seniora nevyjímaje.

### **Komunikační problémy osob a seniorů s mentálním postižením a psychickými poruchami**

Podle Slowíka (2010) rozdělujeme komunikaci s mentálním nebo duševním onemocněním na komunikaci:

- s člověkem s mentální retardací nebo s demencí,
- s člověkem s psychickou poruchou nebo duševním onemocněním.

*Mentální postižení* kromě intelektu člověka prochází celou osobností. Schopnost komunikace je zasažena vždy, ovlivňují ji individuální zvláštnosti člověka, seniora. Mentální handicap ovlivňuje některé komunikační obtíže. Mentální retardace se vyskytuje ve spojení s jinými vadami a poruchami, které dále specificky ovlivňují jeho komunikační možnosti. K rozdělení mentální retardace používáme mezinárodní klasifikaci mentální retardace podle MKN-10; WHO 2006 (Slowík, 2010).

Komunikace u osob s *demencí* je jedním z nejzávažnějších faktorů, kdy se u seniorů začíná projevovat tento druh vzniku a závažnost postižení. K jejímu rychlému zjištění je využíván rychlý test Mini-Mental state Examination. Tento test dokáže zmapovat komunikační schopnost jedince (porozumění reagovat na pokyny, vyjádření mluvené a psané řeči). Pokud není záměrně podporována základní schopnost jedince s demencí

komunikovat, dostává se jedinec do sociální izolace a jeho komunikační schopnosti nadále klesají. (Slowík, 2010). Senioři jsou sociální izolací ohroženi více, vzhledem ke svému věku.

U člověka s mentálním postižením je jeho komunikační schopnost závislá na jeho stupni postižení, ale také IQ (inteligenční kvocient). Podílí se na ní však také i EQ (emoční kvocient). Tyto dvě veličiny se navzájem prolínají, informují nás o úrovni sociálních a vztahových dovedností člověka (Slowík, 2010). Senioři jsou v emočních vztazích citlivější.

Podle Slowíka (2010) jsou hlavními problémy u osob s psychickými poruchami nebo duševním onemocněním:

- Afektovaná řeč.
- Používání velké nadsázky v hovoru.
- Nelogická argumentace.
- Stereotypnost ve verbálním projevu a nedostatečná flexibilita v hovoru.
- Neobvyklá řečová frekvence.

### **Přístup k člověku, senioru s mentálním postižením nebo psychickou poruchou jako k partnerovi v komunikaci**

V komunikaci s lidmi, seniory s mentálním nebo duševním onemocněním dochází z naší strany k zásadním chybám, kterým bychom se měli vyvarovat. Je to zejména nerespektování jejich mentální a psychické úrovně a nepřihlížení k jejich fyzickému věku. Jejich chování se nám zdá dětinské a nepochopitelné, neadekvátní, převážně u seniorů. Jejich schopnosti a dovednosti neodpovídají jejich biologickému věku, což je v seniorském věku ještě prohloubeno, a právě proto, že se jedná o tyto osoby, neměli bychom se k nim chovat nadřazeně a považovat je za méněcenné. Měli bychom jim dát prostor, aby se vyjadřovali způsobem jim vlastním, ale to nemění nic na tom, že bychom si měli udržovat prostor a své mantinely. K takovýmto lidem, seniorům se budeme chovat vždy uctivě a respektovat je. Především u seniorů s mentálním postižením, jsou jejich projevy spontánní, i když s dobrým záměrem. Chtějí být vřelí, kamarádští, ale ne vždy bývá reakce veřejnosti kladná. Přesto je však takové přijímáme. (Slowík, 2010).

Lidem, seniorům s mentálním, či duševním onemocněním se snažíme ze všech sil pomáhat, ačkoliv naše pomoc není vždy na správném místě. Měli bychom tyto lidi především podporovat v tom, co umí, co jsou schopni zvládnout samostatně. Neodrazovat

je od činností, které jsou v jejich moci splnit. A to především u seniorů s tímto typem postižení. Není správné snižovat jejich schopnosti a navíc s ohledem na jejich věk, tím je spíše odradíme od další činnosti a dospějeme k tomu, že nebudou příště projevat ani snahu a budou brát naši pomoc a aktivitu za samozřejmou. Při komunikaci s nimi tedy spíše podporujeme jejich sebevědomí a svou kontrolou je spíše směřujeme tak, aby si více důvěřovali, že mají schopnost daný úkol zvládnout.

Důležité při práci s těmito lidmi, seniory je budovat mezilidské vztahy přátelství a důvěru, zejména po návratu po dlouhodobé hospitalizaci, to se vyskytuje např. u lidí s psychiatrickou diagnózou. U pacientů, seniorů, u kterých se vyskytují projevy některých duševních poruch a onemocnění, je nebezpečná jejich izolace, kdy se uzavírají do soukromí a nechtějí komunikovat. Tím se ovšem prodlužuje i jejich léčba. Proto je potřeba zaujmout správný přístup a rozvahu, pochopit jejich individualitu a při jednání s nimi využít co nejvíce empatie. (Slowík, 2010).

U lidí, seniorů s mentálním nebo duševním onemocněním v komunikaci s jeho okolím bychom se měli vyvarovat ponižujícího přístupu. Měli bychom vyvinout více úsilí k přizpůsobení se jejich úrovni nebo schopnosti, s přihlédnutím k jejich věku. Uvědomme si, že jsou to lidé závislí na druhých lidech a okolí. I oni mají svá práva, mají nárok na dopouštění se chyb a omylů, ale mají také své kompetence. V komunikaci s nimi budme tedy chápaví, neodsuzujeme je proto, že nám někdy nerozumí nebo jsou agresivní, zvyšujeme jejich sebevědomí, to je základ ke komunikaci s nimi.

### **2.7.3 komunikace s lidmi a seniory se zrakovým postižením**

Ve svém okolí nás mnohdy zaskočí, kdo ze seniorů je nevidomý nebo jinak zrakově postižený. Je to tím, že mnozí z nich se dobře orientují, proto nás jejich postižení zaskočí. Tím, že existuje spousta opatření, která jim zajišťují lepší orientaci, mnohdy si ani neuvědomujeme, že nás takto postižení senioři potřebují. Zrak nám umožňuje vidění pomocí jednoho ze smyslových orgánů. Oční vady mohou vzniknout již při narození nebo jiným druhem onemocnění jako jsou nádory, následky úrazů, či jiných patologických změn. Důležité je, kdy ke zrakové vadě došlo, jelikož u lidí, kde byla jejich vada zjištěna až v pozdějším, věku, se vychází z předchozích zkušeností. Stupnice zrakového postižení je klasifikována podle mezinárodní stupnice WHO.

## **Komunikační problémy osob se zrakovým postižením.**

Podle postižením: Slowíka (2010) rozlišujeme komunikaci s jedinci se zrakovým:

- Se slabozrakými osobami (svůj zrak využívají alespoň částečně za pomoci kompenzačních pomůcek).
- S nevidomými osobami probíhá komunikace dotykem, mluveným projevem, v písemné formě za použití Braillova písma, nahrazování audiozáznamy.

Kdybychom porovnali výskyt zrakového postižení, tak je šestkrát častější než výskyt řečových vad (Ludíková, 2005). Je to způsobeno tím, že lidé se zrakovými vadami mají zhoršenou možnost sociálního učení. Seniorsy nevyjímaje. Jsou omezeni tím, že nemohou používat odezírání, kterým by si kontrolovali artikulaci, čímž je omezena i schopnost učení. Dochází k verbalismům, vzhledem k tomu, že část výrazů si nejsou schopni představit, protože je nevidí. V písemném vyjadřování dochází ke gramatickým chybám. Při osobní komunikaci chybí zrakový kontakt, z toho plynou i příčiny zvláštností u těchto osob, jako je naklánění se do stran, otáčení se za jinými zvukovými podněty. Největší komunikační problémy jsou ve větší míře zastoupeny u nevidomých lidí a osob seniorského věku (Slowík, 2010).

Při komunikaci se zrakově postiženým si musíme uvědomit, že on sám mnohdy nezná místo a prostor, kde se vyskytuje, ani situaci, která je obsažena v daném prostoru. Reaguje pouze na zvuky, ale i jejich nepřiměřenost ho přivádí do nervozity, neadekvátního chování, jelikož nepozná z daného zvuku nebezpečí, neboť jej nedokáže zařadit do souvislosti. (Tamtéž).

Některé zrakové vady nejsou na první pohled zjevné, a proto s těmito lidmi nejednáme jako s postiženými. Zejména u seniorů je předpoklad problému se zrakem, což v tomto období patří k biologickému procesu. (Tamtéž).

Proto nás někdy překvapí jejich zvláštní chování, které nám připadá jako neadekvátní a nepochopitelné. Někteří lidé s těžkým zrakovým postižením nosí tmavé brýle. Je to způsobeno tím, že řada z nich tak kontroluje a kompenzuje svůj světlocit. Lidé s postižením nevidomostí tak zakrývají nepovšimnutelnou korekci specifických projevů očí. To ovlivňuje sociální kontakt, avšak v dobrém smyslu, jelikož netypické oční projevy nemožno za tmavá skla brýlí uschovat. Hlavními charakteristickými znaky lidí s očními poruchami jako jsou bílá hůl, vodící pes, nám pomůžou tyto osoby lehce rozpoznat. To ovšem neznamená, že mu budeme dávat najevo jeho postižení, věnovat mu přílišné ohledy

a litovat ho. (Slowík, 2010). Seniory také řadíme do skupiny s těmito znaky, i k nim volíme tento přístup.

### **Přístup k člověku se zrakovým postižením**

Při komunikaci se zrakově postiženými se snažíme být hlavními iniciátory, jelikož je dokázáno, že tyto osoby nás sami nevyhledají ani nebudou s námi chtít navázat kontakt, nebo budou, ale nedostanou k tomu odvahu. A tak dochází k jejich sociální izolaci, která dále člověka uzavírá sama do sebe a způsobuje další prohloubení jejich nepřizpůsobivých situací v navazování dalších sociálních vztahů.

Při jednání se zrakově postiženými lidmi berem v úvahu jejich zrakovou nedostatečnost, či úplnou ztrátu zraku a snažíme se jim ji alespoň trochu nahradit tím, že jim děláme slovního průvodce, komentujeme momentální situace, činnosti, okolní prostor, popisujeme prostředí, ve kterém se pohybujeme, a oni si pak snáze domýšlí tyto vjemy svými dalšími smysly. Pokud to sami nevyžadují, fyzicky s nimi příliš nemanipulujeme. U seniorů jednáme obzvláště opatrně.

Na bezpečnost zrakově postižených osob dbáme včasnými upozorněním na jistá nebezpečí a vedeme je k jejich předcházení. Máme na paměti, že takto postižení jedinci jsou více či méně inteligentní, jiní méně nadaní, ale máme na paměti i věkovou strukturu takto postižených. Snažíme se, aby komunikace s touto cílovou skupinou, řadíme sem i seniory, byla přirozená, neuváděla je do přílišných rozpaků a měli bychom jim dát prostor, aby se cítili jako naši rovnocenní partneři.

Při kontaktu s osobami zrakově postiženými mějme na paměti, že jejich handicap je odkázán na ostatní smyslová vnímání, především sluch. To je však obtížnější u seniorů. Proto jsme tu my, abychom jim mohli pomoci, a to zejména našim mluveným projevem a osobní asistencí, kdy zaujímáme místo osobního mluvčího aktéra, který využívá své mluvčí schopnosti k pomoci v učení, sociálních kontaktů a vnímání okolního světa.

### **2.7.4 komunikace s lidmi se sluchovým postižením**

Neznamená to, že pokud člověk neslyší, není schopen komunikace a dorozumívání. Z větší části se tento handicap týká seniorů, kteří mají toto omezení způsobeno



opotřebením sluchového orgánu. I to lze eliminovat s ohledem na používání pomůcek a technik, které jsou uvedeny níže.

### **Komunikační problémy osob se sluchovým postižením**

Podle Slowíka(2010) rozdělujeme komunikaci člověka, který:

- odezírá,
- používá znakový jazyk.

U člověka se sluchovým postižením je komunikace nejvíce zasaženou oblastí. Pokud sluchově postižený přesně nezastihne náš výrok, vznikají humorná přefeknutí, proto je důležité, aby nám lidé s tímto postižením dobře rozuměli. V opačném případě se takto handicapovaní stahují do ústraní a obklopují se nicotným tichem, a tak může docházet k sociálnímu vyloučení. Proto se snažíme pomáhat sluchově postiženým seniorům zvládat běžné záležitosti, kterých je potřeba, k tomu je potřeba obzvláště komunikace.(Slowík, 2010).

Ke sluchovému postižení může docházet v kterékoliv části sluchového ústrojí, sluchového nervu a příslušného centra v mozku. *Vrozené sluchové vady* bývají podmíněny především geneticky, v důsledku infekčního onemocnění matky v době těhotenství. *Získané* - vznikají opakovanými středoušními záněty, následkem užívání některých nevhodných léků, či úrazem. Každý 3.člověk nad 60 let trpí závažnými sluchovými obtížemi. (Tamtéž).

Sluchového postižení se posuzuje podle mezinárodní klasifikace WHO a vyjadřuje se dB.

V oblasti komunikace závisí závažnost onemocnění na době vzniku, kdy k onemocnění došlo. Nejproblematičtějším se stává období, kdy k vzniku či zárodku sluchového postižení došlo, tzn. v období před dokončením vývoje řeči, tedy v tzv. *prelingválním* období.(Slowík, 2010).

Ke zmírnění problematiky sluchového postižení existuje využití mnoha kompenzačních pomůcek, které zajišťuje akustické vnímání a komunikaci s okolím.

Slowík (2010) uvádí v oblasti komunikace s lidmi s postižením sluchu:

*Nedoslychavost* – takto postižení jedinci komunikují běžnou řečí, i když s obtížemi.

*Těžce nedoslychaví a neslyšící* – sami si mohou určit, jakou zvolí formu dorozumívání. Buď běžnou, anebo zpravidla znakovou řeč. Možnost výběru volby komunikace zajišťuje zákon č. 423/2008 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob. Při

komunikaci běžnou řečí je člověk se sluchovým postižením závislý na *odezírání* z úst komunikujícího. Odezírat lze menší část sdělení, zbytek sdělení si musí domyslet na základě souvislostí. K tomu je potřeba vytvořit vhodné prostředí, záleží i na vrozených dispozicích jedince, do jaké míry je schopen odezírat. Běžná mluvená řeč je pro sluchově postižené velice náročná, podle toho, do jaké míry je omezeno jejich sluchové vnímání. U těchto osob totiž není obsažena bohatá slovní zásoba, správná modulace, výslovnost.

*Znakový jazyk* – je to originální komunikační prostředek na systému postavení rukou, gest, pohybu celého těla, mimiky. Handicapovaní, kteří používají tohoto způsobu dorozumívání, se svým způsobem uzavírají do izolace, jelikož si rozumí pouze s podobně postiženými jedinci, nikoli s většinovou skupinou populace. Proto je nutné při důležitých např. soudních jednání využít tlumočnické služby.(Slowík 2010).

Mezi sluchově postiženými je v hojné míře zastoupeno i *bilingvární* vzdělávání – je to používání jak znakového jazyka, tak běžné řeči. Dalším komunikačním prostředkem je používání *daktylní* (prstové) abecedy, písemná forma vyjadřování nebo znaková čeština. Totální komunikace je využití všech dostupných komunikačních prostředků, které vedou k tomu, aby se ti co neslyší, dorozuměli.

### **Přístup k člověku se sluchovým postižením**

Sluchově postižení, seniory nevyjímaje, nejsou hloupí, při komunikaci s nimi dochází mnohdy k nedorozumění, nepochopení významu, což ale nehovoří o jejich intelektových schopnostech. U osob s vrozenou vadou se rozvíjí spíše konkrétní myšlení, abstraktní vnímání je omezeno, jelikož rozvoj je závislý především na vnitřní řeči. Jestliže je léčba sluchového postižení včasná, nemusí sluchová vada pozitivně působit na osobnostní vývoj.(Slowík, 2010). Podle Renotierové; Ludíkové (2006 in Slowík 2010) je důležitý rozvoj jazykových kompetencí: jazykové znalosti, věcné, interakční nebo strategické.

U všech osob se sluchovým postižením, tedy i seniorů, tolerujeme nesprávné vyslovování hlásek (dotyčný se neslyší), mají menší slovní zásobu, což vede k horšímu porozumění abstraktního sdělení. Proto při komunikaci s takovými osobami volíme spíše jednodušší formu sdělení. Musíme se také zaměřit na verbální projevy, jako jsou gesta, mimika, výrazy, tělesné postoje. Používáme také obrázky, písemný projev, vše co urychluje a zjednodušuje naše rychlé porozumění. Důležité v průběhu naší komunikace se sluchově postiženými a seniory je také ověřovat si průběžně, zda nám dotyčný rozumí, aby nedošlo k nesmyslnému pochopení a významu našeho vyjádření. Pokud neznáme znakový

jazyk, je obtížné se s takto postiženými jedinci dorozumět. V takových případech je možné použít i služeb tlumočnicka, obzvláště při úředních jednáních. V poslední době se stává moderním i on-line tlumočení, kdy je možno použít tlumočení přes internetové služby. Lidem a seniorům, kteří přijdou ke sluchovému postižení až v pozdějším věku, bývá běžná komunikace snazší. Mají z minulosti bohatou slovní zásobu, znají význam slov, znají gramatickou správnost. Horší je to s jejich výslovností, zhoršená výslovnost a je jim hůře rozumět. Hůře se však se svým postižením vyrovnávají.

O neslyšících a seniorech, kteří nekomunikují běžnou řečí se někdy mylně vyjadřujeme jako o hluchoněmých. Je to nesprávné označení. Oni nejsou němí, pouze se vyjadřují jiným jazykem. Dopouštíme se zásadní chyby, pokud si myslíme, že na toho, kdo špatně slyší, musíme křičet. On nám rozumí podle gest, výrazů, artikulace. Z našeho chování může mít špatný pocit, že jej považujeme za nemocného a neschopného. Proto se taky vyvarujeme jakéhokoliv zneužívání toho, že osoba, senior méně slyší. Při komunikaci s nimi nikdy nestůjme zády, když se nedívá. Sluchově postižený člověk a senior je schopen vnímat zvuky (např. hudbu i z vibrací). Snažíme se tedy odstranit bariéry, které by jakkoliv omezovaly možnosti komunikace.

Podle Slowíka (2010) si při komunikaci pamatujeme zásady:

- nekřičet,
- používat výrazů a gest,
- nemluvit zbytečně dlouho a souvisle, protože pak přichází únava,
- i v písemné formě používáme co nejvíc jednoduchosti a přiměřenosti.

Tento způsob komunikace se nám může zdát být poněkud záhadný, pro nás, jako osoby neznalé ojedinelých zvláštností tohoto handicapu i v seniorském věku, téměř nepochopitelný, přesto si uvědomme, že každý potřebuje kontakt se světem, přestaňme se dívat na tento druh komunikace jako na němé divadlo, je třeba jen pochopit samotného postiženého, neslyšícího seniora. Snažit se o jakési zvnitřnění, které nám pomůže člověka, seniora více pochopit a tím nám také usnadní způsob komunikace s ním.

### **2.7.5 komunikace s lidmi s poruchami řeči**

Hovoříme o narušení komunikační schopnosti. Mluvit a psát běžnou řečí bereme za samozřejmost. Člověk s handicapem, seniorem, který má omezenou tuto schopnost se necítí jako rovnocenný a má určité zábrany v komunikaci.

Vývoj řeči se rozvíjí od narození, postupem věku dochází k vývoji centrální nervové soustavy, k jejímu vývoji, který je individuální. Je třeba zvládnout vyslovování hlásek, slovní zásobu. Vlivem špatné výslovnosti během vývoje řeči začínáme hovořit o jejich poruchách. Vyhledáváme pomoc odborného lékaře. Vývoj řeči bývá dokončen před nástupem do základní školy.

*Lateralizace* je rozdělení funkcí, ke kterým dochází v mozkových centrech mezi jednotlivými hemisférami. *Percepce* (vnímání) řeči – bývá postižena i zrakovými nebo sluchovými vadami (Slowík, 2010).

Nejenom u člověka s poruchou řeči je řeč spjata s tím, jak kvalitní je naše smyslové vnímání. Vzniká poškozením i jiných orgánů. Mohou být zasažena i mluvidla, centra v mozku. (Tamtéž).

### **Okruhy řečového postižení:**

- Vývojová postižení řeči (dysfázie).
- Získané organické postižení (afázie).
- Získané neurotické postižení (mutismus, efektivní mutismus).
- Artikulační vady (dyslalie/patlavost).
- Poruchy plynulosti řeči (balbuties/koktavost).
- Poruchy tempa řeči (tumultus sermonis/breptavost).
- Poruchy zvukové stránky řeči (rinolalie/huhňavost), poruchy hlasu (dysfonie/chraptivost).
- Symptomatické poruchy řeči (způsobené jinými druhy postižení).
- Kombinované poruchy řeči (výskyt dvou i více poruch u řeči u téže osoby). (Renotiérová; Ludíková, 2006).

Při poruchách řeči se setkáváme i s komplikacemi, které mají vliv na jedince, seniora, a to jednak v úrovni jeho seběvědomí, tak i seberealizaci. Vlivem špatných komunikačních schopností dochází k situacím, které bývají někdy trapné, špatně se udržuje kontakt s okolními lidmi. Důležitá je samozřejmě doba, kdy k postižení došlo. Jinak přihlíží lidé k člověku, který má problémy s poruchami řeči až v pozdějším seniorském věku, třeba následkem úrazu, než k člověku s vývojovými vadami.

## **Komunikační problémy osob s poruchami řeči**

Mezi hlavní problémy podle Slowíka (2010), které se vyskytují i ve stáří, řadíme:

- nemluvnost, ztráta schopnosti mluvit, omezení míry řečové produkce (vývojová dysfázie, afázie, mutismus, elektivní mutismus),
- nepřesnost, nesprávnost, nedostatečná kvalita řeči (dyslalie, dysartrie, koktavost, breptavost, chraptivost).

## **Přístup k člověku, senioru s poruchou řeči**

Při komunikaci s člověkem s řečovou poruchou, musíme mít na paměti, jak důležité jsou naše postoje, reakce, přístup k postiženému, abychom u něj nevyvolali pocity sníženého sebevědomí a neomezili jeho začlenění do společnosti. Takto postižený člověk pak dostává strach z komunikace, vyhýbá se okolí, obzvláště u neuroticky vzniklých poruch řeči. To se týká převážně seniorů. Dbáme na to, aby naše řeč byla srozumitelná, správně artikulujeme, když nerozumíme, požádáme o zopakování výrazu. Důležitá je naše podpora. Pomůžeme dokončit načatou větu. Otázky a výroky klademe především seniorům tak, aby byly snadno pochopitelné a dalo se na ně co nejjednodušeji odpovědět. Nezapomínáme na verbální komunikaci, s kterou si můžeme pomoci ke správnému pochopení některých slov.

Podle Slowíka (2010) rozlišujeme komunikaci s jedinci s poruchami řeči:

- Komunikace s člověkem s afázií.
- S člověkem s poruchou plynulosti řeči (s koktavostí).
- S člověkem s poruchou tempa řeči.
- S člověkem nesprávnou výslovností.
- S řečovou neobratností.
- Komunikace s nemluvicím člověkem.

Nemůžeme chápat člověka, seniora s vývojem řeči, jako zábranu, pro kterou s ním nebudeme komunikovat. A nebudeme se mu proto vyhýbat. Proto hledáme své vlastní způsoby dorozumívání a vynalézáme své vlastní návody, které vedou k úspěšné komunikaci a přizpůsobení takto postiženého člověka a seniora s okolím. Pokud se u dospělého člověka a seniora vyskytují výslovnostní vady, je složitější to napravit než u dětí nebo u mladších osob. Na člověka s vadou řeči zbytečně nevyvíjíme nátlak k rychlejšímu vyjadřování, ani u seniora, reagujeme na jeho individuální schopnosti

a snažíme se mu ve vyjadřování pomáhat. Lépe se člověku, senioru vyjadřuje a dorozumívá v domácím prostředí, v okruhu svých blízkých, horší je komunikace s cizími lidmi. Vycházíme také z jeho dovednosti komunikovat. Pokud vada u člověka, seniora zbytečně nenarušuje srozumitelnost řeči, zbytečně jej nenutíme k nápravě řeči, abychom jej zbytečně nestresovali a nevytvářeli tak mezi komunikujícími odstup. To by bylo zejména u seniorů vytváření bariér komunikačních vztahů.

### 3 Domov seniorů Břeclav

Poslední kapitolu bych chtěla věnovat Domovu seniorů v Břeclavi. Zde jsem také prováděla svou odbornou praxi. Seznámila jsem se zde s několika seniory, věnovala jim svůj čas a hovořila s nimi o jejich těžkostech a úskalích života. Seznámila jsem se zde také se zařízením domova, jeho vybavením a měla možnost sledovat poskytování služeb a chod celého domova.

Domov seniorů Břeclav – p.o., patří do zařízení Města Břeclav. Poskytuje komplex pobytových sociálních služeb klientům města Břeclavi. Od roku 2010 poskytuje na základě registrace ve svých hlavních činnostech tyto služby:

- Domov pro seniory.
- Domov se zvláštním režimem.
- Odlehčovací služby.
- Odborné sociální poradenství.

Podle [www.dsbreclav.cz](http://www.dsbreclav.cz) je:

- Posláním *domova seniorů* celoročně poskytovat seniorům se sníženou soběstačností odbornou a bezpečnou pomoc, a to jak v základních životních schopnostech, tak i s ohledem na jejich individuální potřeby. Domov udržuje seniory v tělesné a duševní kondici, vede je k aktivizačním činnostem, udržuje v nich potřebu kontaktovat se se společenským prostředím. Služby, které zde jsou prováděny, je podporují v udržování soběstačnosti, a to s přihlédnutím k jejich věku, s ohledem na jejich fyzické schopnosti. Pomáhá jim řešit jejich životní situaci, kdy již není možno vykonávat péči o ně za pomoci terénní sociální služby.
- Posláním *domova se zvláštním režimem* je poskytování sociálních a zdravotních služeb seniorům se stařeckou demencí a Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí. Cílem je zajišťování kvalitního způsobu života, zachování důstojnosti seniorů. Služba je zde určena pro seniory, kteří jsou vzhledem ke svému věku a zdravotnímu stavu závislí na pomoci jiné osoby. Služba je určena pro osoby, které potřebují soustavný dohled a péči, nemohou být poskytnuty v jejich domácím prostředí. Je pro osoby, které nejsou soběstačné v základních životních schopnostech. Služba pro tyto uživatele je kombinována s potřebami klienta, jeho fyzickými a psychickými schopnostmi, tak jak to vyžaduje jejich zdravotní stav.

- Posláním *odlehčovací pobytové služby* je zajištění a poskytnutí podpory a pomoci seniorům a zdravotně postiženým občanům, kteří již nemohou déle zůstat v přirozeném domácím prostředí. Poskytovaná služba nabízí rodinám zajištění péče pro jejich seniora po nezbytně nutnou dobu a po dobu jejich odpočinku. Poskytuje se maximálně po dobu tří měsíců.
- *Odborné sociální poradenství* - jeho posláním je poskytování odborné pomoci v zaměření na jednotlivé skupiny v poradně o rodinu, manželství a mezilidské vztahy. Posláním je poskytování klientům odborné sociální služby a řešení těžkostí mezilidských vztahů. Služby v Domově seniorů v Břeclavi jsou poskytovány na základě Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Cílovou skupinou domova jsou především senioři, kteří pobírají starobní nebo invalidní důchod, převážně ve věku nad 65 let. Výjimkou jsou osoby, které jsou mladšího věku. Z důvodu, že již nemají žádné příbuzné a nemají kde bydlet, poskytuje jim Město Břeclav možnost umístění v tomto zařízení. Jedná se však o ojedinělou výjimku, kdy osoba není zcela mentálně v pořádku. Jsou to většinou osoby, jímž dělá Město Břeclav opatrovníka a tyto osoby jsou částečně nebo úplně zbaveny svéprávnosti. Tyto osoby jsou umístěny v oddělení se zvláštním režimem.

### **3.1 služby domova**

*Zdravotní péče* – v domově je praktický lékař přítomen denně, akutní případy se řeší ihned. Je možno zajistit odborná vyšetření na základě doporučení od praktického lékaře. K odborným lékařům jsou senioři objednávaní dle zdravotního stavu. Rozvoz k odborným lékařům je zajištěn sanitním vozem a doprovodem výjezdového pracovníka. 1x týdně je zde prováděna odborná péče logopeda. Na základě doporučení od praktického lékaře lze doporučit léčebnou rehabilitaci anebo pravidelná rehabilitační cvičení pod dohledem rehabilitačních sester. Dále jsou zajištěny aplikace léků, převazy defektů a jiná poranění.

*Ošetřovatelskou péčí* - jsou zajišťovány individuální potřeby klienta. Je zaměřena na uspokojování potřeb seniora. S každým seniorem je sestaven plán péče, dle něhož jsou tyto úkoly uskutečňovány.

*Další služby domova* – mezi ně patří prádelna. Tato je účelně vybavena. Je sestaven rozpis praní pro jednotlivá oddělení ložního a osobního prádla. Další službou v domově je



kuchyně. Jídlo se podává 5x denně ve společné jídelně. Výjimkou jsou takoví senioři, kterým to zdravotní stav nedovoluje, těm je možno přinést jídlo přímo na pokoj. Vzhledem k individuálním zdravotním dietním problémům jsou seniorům sestavena speciální jídla. V domově je i kadeřnictví. Pracovní doba je rozdělena na dny pro muže a v jiný den pro ženy. Domov má také vybavenou knihovnu. Přijíždí sem pracovnice z Městské knihovny v Břeclavi a nabízejí knižní novinky. Ve společenské místnosti jsou pořádány besedy a přednášky, různá kulturní vystoupení. V létě probíhají na zahradě domova kuželkové turnaje pro seniory a jezdí se na výlety. Senioři mohou navštěvovat zájmové kroužky, jako jsou rukodělné práce, keramika, řezbářské práce. Jsou zde pořádány i kroužky na PC. Senioři společně zpívají, provádí nezátěžující cvičení. Mohou využít nadstandardních pečovatelských služeb jako je kosmetika, pedikúra a masáže.

Hlavním cílem služeb je zachování alespoň částečné soběstačnosti, které vedou k prodloužení jejich aktivního života, vedou k zachování schopností a dovedností seniorů.

### **3.2 studium a záznam ze spisů**

Nyní bych uvedla několik případů uživatelů domova seniorů, se kterými jsem se při svém pobytu setkala a chtěla bych přiblížit jejich problémy a zvláštnosti. Někteří z nich jsou poklidnými obyvateli domova, jiní jsou zbaveni svéprávnosti; soudně jsou buď omezeni, nebo zcela zbaveni způsobilosti k právním úkonům. To znamená, že nejsou schopni anebo jim není dovoleno vyřizovat osobní záležitosti, hospodařit s penězi, a z těchto důvodů jim je soudně stanoven opatrovník, který je kompetentní k vyřizování těchto úkonů a nesvéprávné osoby zastupuje. Všichni jsou však obyvateli domova a mají nárok na potřebnou péči.

**Pan AB:** Sociální pracovnice má pověření k hospodaření s jeho kapesným. Rozhodnutím Okresního soudu v Břeclavi byl úplně zbaven svéprávnosti. Pověřeným opatrovníkem je město Břeclav. Pobírá příspěvek na péči. Byl mu vystaven občanský průkaz, který však uchovává Městský úřad v Břeclavi.

Pan AB trpí závažnou duševní chorobou. Několikrát byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení. Trpí schizofrenií. Pan AB byl léčen na závislosti na alkoholu. Jeho léčba nezaznamenala kvalitní spolupráci s klientem. Pan AB je paranoidní, má bludné představy. Pokoušel se již o sebevraždu. Prožívá úzkosti, napětí, cítí se pronásledován.

Bývá nedůvěřivý, bezradný, depresivní, pociťuje zvýšení napětí, má agresivní projevy. Chybí mu motivace k abstinenci dané chorobou. Pan AB potřebuje důvěru, ale především kontrolu.

Měl několikrát napomenutí za porušení domácího řádu. Kouří cigarety i přes zákaz a písemná napomenutí. Nevyžaduje zvýšenou ošetrovatelskou péči. Je mobilní, soběstačný a jeho pobyt v zařízení není vzhledem k věkové struktuře vhodný. Potřebuje kontakt s osobami jeho věku a strukturovanou náplň volného času. Po dalším porušení zákazu s ním bude ukončena smlouva o poskytování pomoci. Umístěn v domově se zvláštním režimem. Několikrát napomínán za špatné chování a navádění ostatních spolubydlících.

**Pan BC:** Částečné zbavení způsobilosti k právním úkonům. Opatrovníkem je nyní Město Břeclav, dříve sociální pracovnice domova seniorů.

Je mu přiznán příspěvek na péči v 1. stupni. Sociální pracovnice má pověření hospodaření s jeho kapesným. Jeho blízkými osobami je jeho sestra, která je zaznamenána také jako kontaktní osoba. Pan BC chodí bez kompenzačních pomůcek. Neorientuje se v čase ani místem. Rád zpívá, sleduje TV, povídá si s ostatními klienty. Má rád sladkosti. Osobní záležitosti vyřizuje personál, nemá zájem o systematickou spolupráci s rodinou. S finančními prostředky hospodaří personál. Účastní se pracovní terapie, skupinové terapie, chodí na vycházky, rád hraje společenské hry, zajímá ho četba. Umístěn v domově se zvláštním režimem.

**Paní CD:** Po celý život zdravá, žádné vážnější choroby nezaznamenala. Nikdy neprodělala žádnou operaci. V poslední době vyšší tlak, zvýšená hladina cukru, občasné zapomínání. Problémy se stravováním nemá. Má pouze brýle na čtení.

Žádost do domova byla podána vnoučaty, u kterých bydlela, na základě snížení soběstačnosti. Je pomalejší, unavenější, potřeba pomoci při nakupování, úklidu a péči o domácnost. Potřeba pravidelného a zdravého stravování. Začala se odbývat. V domku, kde bydlela, bylo vytápění na tuhá paliva, nemohla již sama zatápat. V DS je ubytována s jinou paní ve dvoulůžkovém pokoji. Spolubydlící je přibližně stejného věku. Jsou rozdílné povahy, ale vzájemně se snaží spolu vycházet. Společně chodí na procházky, besedují s ostatními, navštěvují knihovnu. Paní CD je v domově pro seniory spokojená, děti ji pravidelně navštěvují. Má spousty fotek a upomínkových předmětů, které jí připomínají domov.

Těmito uvedenými záznamy ze spisů jsem chtěla uvést strukturu ubytovaných doma seniorů. Nejsou to vždy senioři, kteří zde bydlí pouze z důvodu, že již nemohou žít osamoceně vzhledem ke svému věku. Důvodů, proč zde žijí, je více. Jejich nesamostatnost vyplývá také vzhledem k mentálnímu a duševnímu onemocnění. Proto je některým ze seniorů ustanoven opatrovník, aby je mohl zastupovat v osobním rozhodování a právnických záležitostech.

### **3.3 hodnocení služeb a práce v Domově**

Každá práce je člověku přínosem. Stejně tak je tomu i v případě DS v Břeclavi. Setkala jsem se s velice milým přístupem všech zaměstnanců. Zaměřila jsem se především na pobytové služby a pobyt se zvláštním režimem a odlehčovací služby. Právě pobyt se zvláštním režimem je určen pro ty, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu postižení stařecké demence, Alzheimerovy choroby a jiných typů demencí nemohou o sebe pečovat. Také odlehčovací služby jsou zde zřízeny pro ty, kteří vzhledem ke svému postižení nemohou o sebe každodenně pečovat, a proto jsou zde umístěni v případě, že se o ně příbuzní nemohou v požadované době starat. Senioři se zdravotním postižením jsou na tom v péči o vlastní osobu hůře. Nemohou být ubytováni ve vlastním bydlení, jelikož potřebují neustálou pomoc. Mnohdy vzhledem ke svému postižení nesplňují ani podmínky pro přijetí do domova s pečovatelskou službou, jelikož se neobejdou bez cizí pomoci. Proto nacházejí v domovech pro seniory svá útočiště. Zde je jim poskytnuta mimo základních péčí o seniora také rehabilitační péče. Byla jsem přítomna každodenních rozhovorů a dotazů těch samostatnějších seniorů. Hovořili jak se mnou, tak i se sociálními pracovníci a svými spolubydlícími. Chodili se ptát na nejrůznější dotazy, či se alespoň přišli pozdravit, což jim dodávalo existenční jistoty. Někteří se dotazovali na akce pořádané domovem seniorů. Jiní měli různé požadavky ohledně zakoupení osobních věcí, návštěv rodiny, stavu svých financí. Vždy se setkali s milým a úsměvným přijetím. Sociální pracovníci, ale i ostatní zaměstnanci jim dokázali vždy pomoci a poradit. Dodávali tím jistotu, že jsou jim vždy k dispozici. Pokud bylo potřeba, doprovázeli seniory při vyřizování jejich osobních záležitostí.

Práce s obyvateli domova provází i administrativní práce. Veškeré informace ubytovaných jsou uloženy ve spisové dokumentaci. Ty vedou v evidenci sociální pracovníci. Jejich práce je zodpovědná. Je nutno znát sociální znalosti svých klientů, jejich

rodinnou problematiku. Je třeba empatie, porozumění a laskavosti, aby měli senioři pocit bezpečí, spokojenosti a pohodlí. To by mělo přinášet sociálním pracovnícím i ostatním zaměstnancům domova seniorů pocit z dobře vykonané práce a další chuť spolupráce mezi nimi a uživateli.

Sociální pracovnice i ostatní zaměstnanci domova si vždy našli milé slovo a pousmání, byli ubytovaným domova vždy nablízku s možností poskytnutí pomoci. Přestože každý má i ve svém životě své starosti a potřeby, pracovníci domova se dokážou povznést v pravý okamžik nad své trable a přepnout se do života staroušků, kteří je potřebují. Mnozí z nás by si měli vzít ze seniorů příklad a nezaobírat se sebou samými. Vždyť i my všichni budeme jednou někoho potřebovat.

Proto jsem ráda, že jsem měla možnost strávit čas praxe zrovna v domově pro seniory. Měla jsem možnost seznámit se s jednotlivými osudy života ubytovaných. Mohla jsem být nápomocna při splňování jejich přání a potřeb. Viděla jsem i ubytované na společných pokojích, kde už se bez cizí pomoci neobešli, ani v základní sebeobsluze, a nerozeznali ani své blízké. To byla smutná podívaná, ale osud si nevybírá a my jsme tu proto, abychom pomohli těm nemohoucím tyto chvíle překonat. To je naše poslání!

## 4 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo přiblížení problematiky zdravotně postižených seniorů a jejich možností. Chtěla jsem poukázat na soužití s touto specifickou populací a jejich kvalitu života, která by měla vést ke spokojenosti seniorů.

Při rozhovorech se starými lidmi, mezi nimiž se vyskytují i zdravotně handicapovaní, jsem našla i ty spokojené, které „neodstrašil“ jejich handicap a dokázali s ním žít a přizpůsobit se všednímu koloběhu, ale i s takovými, kteří svůj osud nepřijali, otočili se ke světu zády a nechtěli bojovat. Někteří si neuvědomovali, že společnost a rodina o ně nadále stojí a potřebuje je. Tito senioři by měli vyjít vstříc novým nadějím, jít příkladem své odvahy ostatním a nenechat po sobě prázdné místo.

Člověk má své hodnoty, tužby a přání a měl by z nich čerpat do konce svých sil, aby si pak nemusel říci, že něco zameškal. To platí i pro ty, kteří z důvodu svého zdravotního postižení nemají takové podmínky jako lidé zdraví. Ale i pro ně platí spousta možností, jak prožít svůj život. Důležitým aspektem by pro ně měl být pocit, že je někdo potřebuje, že nejsou z důvodu postižení odsunuti na vedlejší kolej. Mají stejný nárok na život a mohou jej prožít plnohodnotně i se svým zdravotním problémem. Každý má svůj problém.

Jednou však pro každého přijde doba, kdy ví, že přišlo stáří a sním i doprovázející zdravotní změny. Ne všichni jejich příchod zvládnou se souhlasem. Nejsou na tyto změny připraveni. Zdravotně handicapovaní senioři si již určitými zdravotními problémy prošli, jsou možná více obrnění a lépe připraveni na příchod změn, které je v seniorském věku čekají.

Čas je nemilosrdný k nám ke všem. Záleží, jak jej jako pomyslnou bytost přijmeme. Můžeme ho odhánět, třeba delší dobu, pomůže se nám ho na chvíli zastavit, ale on přijde znova a znova. Není lepší jej tedy očekávat jako toho, kdo nám přišel říct, že návštěva tady na tomto světě skončila a je čas vrátit se domů? Buďme tedy na jeho příchod připraveni, rozlučme se s těmi, které máme rádi, spokojeně se ohlédněme zpět, a pak s klidem v duši podejme ruku tomu pánu jménem čas a odejděme. Přála bych každému, aby mohl o svém životě říct: **„Byla to krásná procházka růžovým sadem“**.

## 1. Seznam použité literatury:

- BUREŠOVÁ, A., L. ŘEZÁČOVÁ a Z. STEHLÍKOVÁ. *Sociálně zdravotní péče o seniory*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd. 2009.
- JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: Karlova Univerzita, Fakulta sociálních věd, Centrum pro sociální a ekonomické strategie.
- JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha 7: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- LUDÍKOVÁ, Libuše et al. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Vyd. 1. Praha 7: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha 8: Portál, 2001. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MÜHLPACHR, Petr. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Praha 8. Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha 1: Avicenum, Zdravotnické nakladatelství n.p., 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. Vyd. 4. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006.
- SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha. 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- TITZL, Boris. Postižený člověk ve společnosti. In: SLOWÍK, Josef (ed.) *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. In: SLOWÍK, JOSEF. (ed.) *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní školní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-51-6.

VOTAVA, Jiří et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

## **2. Internetové zdroje:**

Aktuálně. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami* [online]. Design by ANAWEB. Created by CZI, s.r.o., © 2007 [cit. 2012-02-22]. ISSN 1802-5145. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/aktualne/15178-3>.

*Domov seniorů: Břeclav* [online]. Břeclav: Pixelhouse s.r.o., © 2012 [cit. 2012-03-13]. Dostupné z: <http://www.dsbreclav.cz/>.

E - bariéry osob se zdravotním postižením. *Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR* [online]. Copyright © 2002 - 2012 [cit. 2012-02-22]. Dostupné z: [http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD\\_posti%C5%BEen%C3%AD](http://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotn%C3%AD_posti%C5%BEen%C3%AD).

*Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Zdravotní postižení* [online]. c2012 [citováno 22. 02. 2012]. Dostupný z WWW: [http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Zdravotn%C3%AD\\_posti%C5%BEen%C3%AD&oldid=7908103](http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Zdravotn%C3%AD_posti%C5%BEen%C3%AD&oldid=7908103).

## **3. Zákoné normy:**

Vyhláška č. 388/2011 Sb., která upravuje způsob provádění o poskytování dávek pro osoby se zdravotním postižením.

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

Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení.

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

Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.



