

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra praktické teologie

## **Bakalářská práce**

# **Individuální plánování u seniorů v Centru sociálních služeb**

Vedoucí práce: **Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.**

Autor práce: **Petra Fleischhackerová**

Studijní obor: **Sociální a charitativní práce**

Forma studia: **kombinovaná**

Ročník: **3.**

Rok odevzdání: **2007**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s §47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum:

Velice děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Markétě Elichové, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## Obsah:

Úvod.....	5
1    Specifika sénia.....	6
1.1 Psychologie stáří .....	7
1.2 Sociologie stáří.....	8
1.3 Fyziologické změny ve stáří.....	10
1.4 Symptomy, syndromy, kt. se ve stáří objevují častěji než ve stf. věku... 11	
1.4.1 Inkontinence.....	11
1.4.2 Dehydratace .....	12
1.4.3 Delirium .....	12
1.4.4 Demence .....	12
1.4.5 Poruchy spánku.....	13
1.4.6 Dekubity.....	13
1.5 Komunikace se seniory v pobytovém zařízení.....	14
1.5.1 Komunikace s osobami trpícími demencí.....	15
2    Individuální plánování péče.....	17
2.1 Individuální plánování péče z hlediska standardů.....	18
2.2 Indiv. plán. péče zaměřené na člověka a transformace ústavní péče .....	21
2.3 Individuální plánování péče z hlediska case managementu.....	23
2.4 Individuální plánování péče dle Mgr. Dany Klevetové .....	25
3    Možnosti implementace teorií indiv. plánování péče do praxe.....	30
3.1 Centrum sociálních služeb a jeho poskytované služby .....	31
3.2 Individuální plánování v Centru sociálních služeb .....	31
3.2.1 Klienti samostatných bytových jednotek .....	31
3.2.2 Klienti oddělení s celodenní péčí.....	33
Závěr.....	37
Seznam použitých zdrojů.....	40
Seznam příloh.....	42
Přílohy.....	43
Abstakt.....	53

## Úvod

Téma bakalářské práce jsem zvolila především na základě zkušeností a praxe z Centra sociálních služeb Staroměstská, kde pracuji jako sociální pracovníce a mám na starosti také koordinaci individuálního plánování volnočasových aktivit u klientů oddělení s celodenní péčí. Klienti v tomto zařízení jsou senioři, kteří mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a nemohou si dlouhodobě zajišťovat své životní potřeby ve vlastním prostředí ani za pomoci terénních sociálních služeb. U seniorů v pobytovém zařízení je velmi důležité, pokud mohou zůstat součástí své přirozené sociální skupiny a mohou využívat běžně dostupných zdrojů své komunity. Proto je v Centru sociálních služeb kladem velký důraz na práci s rodinou seniora, s jeho nejbližšími a na podporu jeho soběstačnosti a samostatnosti prostřednictvím spektra služeb, které jsou „šité na míru“. Dále je zde podporována touha seniorů setkávat se s ostatními seniory z Českých Budějovic a to prostřednictvím pravidelných setkání seniorů při poslechu hudby a tanci.

V současné době je problematika individuálního plánování péče velmi diskutovaným tématem v souvislosti s účinností nového zákona o sociálních službách, ve kterém je uložena jako jedna povinnost poskytovatelů sociálních služeb individuální plánování poskytování sociálních služeb. Individuální plánování je také jedním s důležitých standardů, které je třeba naplnit, aby byla služba poskytována efektivně a kvalitně. Dále je individuální plánování důležité z hlediska nové koncepce transformace sociálních služeb, kde je tendence podporovat terénní služby z důvodu, že klient zůstává ve svém přirozeném sociálním prostředí a má možnost využívat běžně dostupných zdrojů a pomoci jeho přirozené komunity.

Bakalářská práce si klade za cíl nastínění teoretických východisek individuálního plánování a zjištění, které poznatky z teorie jsou nejvíc využívány při individuálním přístupu a plánování s klienty v Domově pro seniory. Dále je cílem představit individuální plánování v praxi a poukázat na možná místa, která jsou hůře naplnitelná z hlediska standardů kvality poskytování sociálních služeb.

Ve své práci jsem vycházela z materiálů Centra sociálních služeb, vlastních zkušeností a odborné literatury k dané problematice a to metodou analýzy dokumentů.

Nejdříve se práce zabývá specifickými znaky senia, teoriemi individuálního plánování a poté vlastním plánováním v Centru sociálních služeb.

## 1 Specifika sénia

Velký vliv na duševní pohodu ve stáří má to, jak senioři trávili léta v období rozkvětu, jak žili, mysleli, jednali a také na tom, jaké měli životní cíle. Lidé ve starším věku potřebují, ke své duševní pohodě, uznání, ujištění a něhu, ale také pomoc při běžných denních úkonech, v domácnosti, v nemocnici nebo v tíživých životních situacích. U seniorů je velmi důležité, aby se měli vždy na koho obrátit, zažívali pocit, že někoho mají a také, že je někdo potřebuje, že mohou být užiteční. *„Všechna zvláště hluboce prožitá setkání se vepsala do našich duší v podobě onoho pletiva vzájemných vazeb a propojení, aby pak ve stáří mohlo plnit úlohu podpůrné i ochranné vztahové sítě. Ta nás pak i nadále udržuje ve spojení s celým světem. Čím však je naše mnohostranná komunikace vědomější, zaujatější, čím jsou prožitky spojené s dáváním a přijímáním v životních setkáváních silnější, tím je tato síť vztahů hustší, pevnější a stálější. Ve stáří se pak stává nenahraditelnou podmínkou trvalého spojení se světem, s našimi lidskými i mimolidskými bližními, propůjčuje nám pocit jistoty, že nejsme nikdy sami a zároveň, že jsme svobodní a nezávislí.“*<sup>1</sup> Nejlepší terapií proti osamělosti je navazovat těsné přátelské vztahy. Na stáří by mělo být nahlíženo jako na možnost být konečně šťastný, užitečný, rozvážný a moudrý, ale hlavně stáří není žádná nemoc nebo porucha. Stáří je přirozené a *„je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka, je to biologický proces, který je nezvratný a končí smrtí jedince.“*<sup>2</sup> Na rozdíl od stáří je stárnutí jev naprosto individuální, probíhá u každého jinak, je dáno vývojovými změnami, ale taktéž původním funkčním stavem a dosavadním životním způsobem. Na světě *„nelze najít dva lidi, kteří by stárnuli stejně, i kdyby se narodili ve stejný den.“*<sup>3</sup> Stářím a stárnutím se zabývá věda nazývaná gerontologie. *„Začátky gerontologie a geriatrie sahají až do středověku. Již staří Řekové měli své představy o stárnutí a stáří. Tak např. Aristoteles a Seneca pokládali stáří za nevyléčitelnou chorobu, zatímco Galén na základě svých klinických pozorování tvrdil, že stárnutí je pochod fyziologický, přirozený a je třeba jej odlišit od procesů patologických.“*<sup>4</sup> Gerontologie se dělí na teoretickou, která se zabývá příčinami

---

<sup>1</sup> KUBÍČKOVÁ, M. *Stáří jako životní šance*. Praha: Onyx, 1994, s. 7. ISBN 80-85228-07-6.

<sup>2</sup> GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1999, s. 5. ISBN nevedeno.

<sup>3</sup> GREGOR, O. *Stárnout to je kumšt*. Praha: Olympia, 1990, s. 113. ISBN nevedeno.

<sup>4</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991, s. 6. ISBN nevedeno.

a poznatky o stárnutí, stáří a na klinickou, v jejímž rámci se hodnotí senior ve zdraví či v nemoci. Do klinické gerontologie se řadí taktéž geriatrie, která se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří. „*Geriatric je samostatný lékařský obor, který zahrnuje prevenci, diagnostiku, léčbu, specifickou rehabilitaci a geriatrické ošetřovatelství.*“<sup>5</sup>

### **1.1 Psychologie stáří**

V séniu se mění pouze některé funkce lidské psychiky, další stagnují a některé se dokonce zlepšují. „*Slovní zásoba stejně jako jazykové znalosti zůstávají zpravidla zachovány.*“<sup>6</sup> Stejně tak intelekt, který lidé dosáhnout na úrovni zralého věku zůstává nezměněn, což činí ze seniorů dobré řečníky či politiky.

V séniu se „*zpomaluje psychomotorické tempo, jsou pomalejší reakce na podněty.*“<sup>7</sup> U seniorů se lze setkat i se zpomalením rychlosti slovní reakce a odpovědi na otázku. Ve stáří bývá zhoršena zapamatovatelnost nových věcí, ale věci, které jsou už v paměti vštípené dlouhou dobu, se vybavují snadno. Senioři si většinou nepamatují, co měli k obědu, ale velmi dobře si vybavují i do nejmenších detailů zážitky z dětství. „*Starší lidé mají lepší paměť systematickou než mechanickou, lépe a déle si pamatují poučení, kterých se jim v průběhu života dostalo.*“<sup>8</sup>

„*Stárnutí je dosud ne zcela prozkoumaný proces involuce s charakteristickými příznaky zhoršování zrakového a sluchového vnímání, hybnosti, často i paměti a pružnosti myšlení.*“<sup>9</sup> Stárnoucí člověk se také hůře přizpůsobuje a zvyká si na nové situace. Senior bývá většinou konzervativce, který má své stereotypy, na které je zvyklý a nerad se přizpůsobuje novému prostředí.

Typickým znakem stáří je emoční labilita, často se objevuje střídání nálad, úzkostné nálady a pocity bezmoci. Senioři jsou citově snadno zranitelní a očekávají od okolí porozumění. Často se mění i povaha a negativní vlastnosti člověka se ve stáří ještě více

---

<sup>5</sup> GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. s. 5.

<sup>6</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s. 15.

<sup>7</sup> GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. s. 24.

<sup>8</sup> GREGOR, O. *Stárnout to je kumšt*. s. 116.

<sup>9</sup> NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003, s. 391. ISBN 80-200-0993-0.

vygradují. Dle C. G. Junga je druhá část života ve znamení vlastní individuace, což znamená, že se člověk může konečně zaměřit dovnitř. „*Současně je stáří provázeno i povahovými změnami, zejména umíněností, přecitlivělostí, vztahovačností, nedůvěrou a jistým zdětinštěním. Ve stáří se však také dřívější povahové rysy jaksi zvýrazňují v pozitivním i negativním směru.*“<sup>10</sup> „*Obecně se negativní vlastnosti každého člověka s léty zvýrazňují. Říkává se, že stáří karikuje povahu. Kdo byl v mládí šetrný, bývá ve stáří lakomý. Kdo vyhledával slovní šarvátky a cítil se v nich jako ryba ve vodě, dospívá ve stáří do podoby nesnášenlivého a vztahovačného kverulanta. Stárnoucí krasavice, neschopna akceptovat proces stárnutí jako přirozený běh života, bývá hašteřivá, pomstychtivá a dokonce i zlá.*“<sup>11</sup> S přibývajícím věkem se lze u seniorů setkat s pozitivními vlastnostmi jako je vytrvalost, rozvaha či trpělivost. „*Vytvoří-li si člověk kladné etické hodnoty, které respektuje celý život, je i způsob stárnutí hodnotnější, schopnost adaptability je lepší, a tím je i psychická stránka funkčního věku kvalitnější.*“<sup>12</sup>

## 1.2 Sociologie stáří

V dřívějších dobách, kdy se vědělo, že se člověk nedožije vyššího nebo vysokého věku, bylo stáří respektováno a ctěno. Ale se zvyšující se pravděpodobností, že se člověk dožije vysokého věku, se stáří stalo společenským jevem. Senioři tvořili stále vyšší procento společnosti a tím pádem přestalo být stáří něčím zvláštním, co by mělo být ctěno a dochází postupně k degradaci stáří. „*Stáří je přirozené a logické, stárnutí jako proces je však jev výrazně diskontinuitní a individualizovaný. Přesto však běžně pokládáme všechny občany, jimž vznikl nárok na starobní důchod, za staré lidi.*“<sup>13</sup> Příčin, které vedou k degradaci stáří je několik, např: prudce se rozvíjející pracovní technologie, která zapříčinila to, že v dnešní době má mládí zelenou a stáří je jen na obtíž, protože senioři nedokáží udržet tempo s mladými a nejsou leckdy schopni pochopit nové technologie, počítačovou techniku a tím pádem je jejich uplatnění v pracovním procesu velmi malé. „*Ctěn je ten, kdo si vydělává, kdo může konzumovat. Starý člověk nevydělává, dostává důchod, dostává se do pozice závislosti na*

---

<sup>10</sup> NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. s. 391.

<sup>11</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s. 14.

<sup>12</sup> GREGOR, O. *Stárnout to je kumšt*. s. 117.

<sup>13</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s. 11.



společnosti.“<sup>14</sup> Další příčina se skrývá ve změně struktury rodinných svazků. Dříve, ve vícegeneračních rodinách, kdy byli mladí neustále v kontaktu se staršími, vznikala přirozená úcta ke stáří, ve stáří se praktikovala jakási mezigenerační vzájemná pomoc. Naopak v moderní společnosti se věková či zkušenostní hierarchie už nedodržuje. „Vzhledem k prodloužení délky života a oddělenému bydlení generací došlo k tomu, že mezigenerační výměnná služba ve formě pomoci ve stáří je ztížena nebo dokonce chybí.“<sup>15</sup> Následkem rozpadu vícegeneračních rodin žije dnes většina seniorů osaměle. Samostatné bydlení je ale možné, pokud je senior ještě soběstačný, dokáže se o sebe postarat. „Člověk s přibývajícím věkem má stále více starostí s tím, aby zvládl požadavky běžného dne.“<sup>16</sup> Jakmile se ale senior stává závislý na péči druhé osoby, je nesoběstačný, uvázaný na lůžku, potřebuje pravidelnou péči. V tuto chvíli vzniká závažná situace, kterou většinou rodina, ve které senior žije, neumí řešit. Je to buď z důvodu nedostatečných bytových prostor, které dostačují tak akorát nukleární rodině nebo z důvodu vysoké zaměstnanosti žen, které dříve bývaly doma a byly pečovatelkami o rodinné příslušníky, ale nejdůležitější příčina, proč senioři nezůstávají až do konce svého života se svou rodinou je, že rodiny nedokáží slevit ze svého dosavadního komfortu a péče o seniora by tuto slevu ze svého komfortu vyžadovala. Institucionální péče by měla být ale posledním řešením a měla by být vyvíjena velká snaha o to, aby mohl senior zůstat co nejdéle ve svém přirozeném sociálním prostředí a využívat co nejdéle běžně dostupných zdrojů.

Další příčinou, která vede k degradaci stáří je sebehodnocení seniorů, které je ve většině případů nízké. Člověk je celý život veden k soběstačnosti, nezávislosti, ale odchodem do důchodu ztrácí člověk svou roli, kterou ve společnosti zaujímal. „Starý člověk se v určitém slova smyslu bojí ztráty soběstačnosti a sebeobsluhy víc než vlastní nemoci. Bojí se závislosti, která je v tomto století nepopulární.“<sup>17</sup> Velice důležité je, aby si senior našel nějaký vhodný náhradní program po odchodu do starobního důchodu. K nízkému sebehodnocení seniorů přispívá také jejich ekonomická závislost, protože důchody zajišťují spíše skromné přežití, než nějakou finanční samostatnost a nezávislost. Z tohoto důvodu jsou v posledních letech velmi diskutované tzv. penzijní připojištění, která mohou seniory zabezpečit a zajistit jim nezávislost ve stáří alespoň po finanční stránce.

---

<sup>14</sup> GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. s. 27.

<sup>15</sup> Tamtéž, s. 27

<sup>16</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s. 16.

<sup>17</sup> Tamtéž, s. 16.

K určité změně a přijetí starší generace , jako plnohodnotné složky společnosti, je třeba především aktivního přístupu samotných seniorů ke stárnutí a stáří. Svými aktivitami a zapojením do veřejného dění by měli sami senioři přispívat ke změně vnímání stáří a stárnutí ve společnosti. Na druhé straně je ale také potřebné poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky pro aktivní účast na životě společnosti. „*Společnost je povinna vytvořit příznivou atmosféru a každý, tedy i stárnoucí člověk, je povinen se podílet svou odpovědností a přispívat k aktivnímu a hodnotnému prožívání stáří.*“<sup>18</sup> Zároveň ale i senioři se musí sami naučit využívat všech dostupných možností, které jim společnost nabízí k posílení vlastního postavení a k dosažení bezpečného stárnutí. Jedna z nabídek aktivního zapojení do společenského dění je účast na tzv. univerzitách třetího věku. Jedná se o akreditované kurzy, které jsou zastřešeny většinou nějakou univerzitou a probíhají v jejich prostorách, za účasti vysokoškolských učitelů. Univerzity třetího věku jsou určeny pro osoby, které dosáhnou 45 roku věku a mají snahu něco dokázat , nechybí jim vůle a pílě pro učení.

### **1.3 Fyziologické změny ve stáří**

„*Základem fyziologických změn ve stáří je opotřebování orgánů, zpomalená látková přeměna a pokles práce biologických adaptačních mechanismů.*“<sup>19</sup>

„*Kůže je neoddelitelnou součástí organismu, největším orgánem, který je snad nejvíce vystaven škodlivinám zevního prostředí*“<sup>20</sup> U kůže dochází ke ztenčování, ke ztrátě pružnosti, vysušování, svrašťování a změně pigmentace.

U vlasů, chlupů dochází k ubývání a šedivění.

Svalstvo ochabuje, ztrácí pružnost a sílu.

Kosti se stávají křehkými a řídnou.

V nervovém systému dochází k úbytku neuronů, ke ztrátě pružnosti mozkových cév a ke snížení kapacity paměti.

U sluchu se snižuje vnímání vysokých tónů, u zraku dochází k obtížím v adaptaci na světlo, tmu a „*fyziologickou změnu, která postihuje všechny lidi, označujeme jako presbyopii (stařeckozrakost), která je podmíněna poklesem akomodace, schopnosti vidět předměty ostře*

---

<sup>18</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s. 16.

<sup>19</sup> GREGOR, O. *Stárnout to je kumšt*. s. 97.

<sup>20</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s.153.

na blízko“<sup>21</sup>. U čichu je úbytek vláken čichového nervu a u chuti jde o úbytek chuťových pohárků.

V kardiovaskulárním systému dochází ke snížení výkonnosti srdce, změnám cév a artérií.

*„Pokles vitální plicní kapacity způsobuje jednak snížená výkonnost hrudního svalstva, někdy obezita, někdy deformity hrudníku a páteře.“<sup>22</sup>*

V rámci zažívacího traktu dochází ke snížení *„peristaltiky střev, jednak kvalitativním a kvantitativním změnám v produkci trávicích enzymů.“<sup>23</sup>*

U ledvin dochází ke snížení filtrační schopnosti.

## **1.4 Symptomy, syndromy, které se ve stáří objevují častěji než ve středním věku**

### **1.4.1 Inkontinence**

Inkontinence je nechtěný a objektivně prokazatelný únik moči nebo stolice, nejedná se o chorobu, ale o funkční poruchu, které vzniká z různých příčin. Tato porucha přináší další rizika, mezi které patří větší pravděpodobnost vzniku dekubitů, ale především způsobuje dlouhodobý psychický stres. *„Postižení často trpí poruchami spánku, depresemi, úzkostí, svou poruchu tají, protože se za ni stydí a z téhož důvodu také oddalují nebo odmítají lékařské vyšetření.“<sup>24</sup>* Senior, který se ocitne v nepříznivé situaci v důsledku inkontinence, se tyto důsledky snaží nejprve řešit sám, vlastními silami. Senior snižuje příjem tekutin a potravin s větším obsahem vody, aby se zmenšilo množství moči a tím pádem se předešlo inkontinentním epizodám. V důsledku této obavy hrozí u seniorů riziko dehydratace. Únik moči znamená i nutnost zvýšené hygienické péče, častou výměnu spodního prádla či nákup jednorázových pomůcek nebo se snaží senior omezit aktivity, při kterých by únik moči mohl být společensky nepřijatelný. Výjimkou však nejsou ani problémy, které ovlivňují osobní život, partnerské či rodinné vztahy. Nemocný se straní okolí, uzavírá se doma a omezuje své styky s přáteli. Je ohrožen osamělostí a v extrémních případech i sociální izolací. Inkontinence negativně ovlivňuje jako kvalitu, tak délku života.

---

<sup>21</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s.142.

<sup>22</sup> Tamtéž, s. 9

<sup>23</sup> Tamtéž, s. 9

<sup>24</sup> GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. s. 62.

### **1.4.2 Dehydratace**

Dehydratace je často původcem řady onemocnění, která u seniorů vznikají. Příčinou dehydratace může být věk, důsledek zdravotní péče nebo psychologické příčiny, mezi které lze zařadit deprese, nezáměr rodiny, aklimatizace na pobyt v domově pro seniory. Nejčastější příčinou je snížený pocit žízně a velký strach z inkontinence.

### **1.4.3 Delirium**

Jedná se o poruchu mozkové činnosti v důsledku různých příčin, jedná se přechodný akutní stav, který je vratný, trvá hodiny až dny. Dříve se delirium označovalo jako amentní stavy, amentně delirantní stavy. „*Delirium je porucha vědomí provázená četnými halucinacemi s úzkostí a obvykle s motorickým neklidem. Nemocný nepoznává prostředí, ve kterém se nachází, úzkostně, panicky reaguje na zrakové nebo sluchové halucinace, které mívají hrozivý obsah, utíká, brání se.*“<sup>25</sup> Výskyt této poruchy stoupá s věkem. Typický je v prvních dnech hospitalizace nebo v prvních dnech pobytu v Domově pro seniory. K nejčastějším příčinám patří závažná somatická onemocnění, operační zátěže, psychologické vlivy, závislost na alkoholu či lécích nebo předchozí organická onemocnění centrální nervové soustavy.

### **1.4.4 Demence**

Demence je postnatálně vzniklé, většinou chronické narušení poznávacích funkcí, vzniká následkem onemocnění mozku. „*Dementní syndrom je komplexní porucha intelektových, emočních a výkonnostních schopností nemocného člověka.*“<sup>26</sup> U osob trpících demencí je snížená motivace, tito lidé těžko jednájí, plánují a rozhodují se. „*Intelekt vykazuje snížení mentálních schopností a výkonností, afektivita je labilní nebo oploštělá, osobnost je degradována a je výrazně narušena schopnost volního rozhodování.*“<sup>27</sup> S progresí syndromu demence dochází k destrukci osobnosti.

---

<sup>25</sup> JEDLIČKA, V. Praktická gerontologie. s. 128.

<sup>26</sup> Tamtéž, s. 125

<sup>27</sup> Tamtéž, s. 125

Syndrom demence má 3 fáze, první fáze je mírná, tzv. počínající, kdy osoba trpící tímto syndromem vše zvládá s chybami a selhávání pozná jen nejbližší okolí, které osobu zná. Osoba je v podstatě schopná vše zvládnout, ale s nepřesnostmi a nečekanými výpadky, které vždy nějak omluví. Další fáze je středně těžká, kdy už osoba potřebuje pomoc druhých a poslední fáze je těžká, kdy už je osoba plně odkázána na cizí pomoc.

Demence vzniká buď v minutách, což znamená u lidí, kteří se topili či věšeli nebo ti, kteří byli delší dobu v bezvědomí. Dále může vzniknout demence v měsících či letech, jedná se o vznik následkem abúzu drog či alkoholu, ale v tomto případě se jedná o vratnou záležitost. Demence může vzniknout následkem infekce, např. HIV, syfilis či následkem klíšřové encefalitidy. Demence může vzniknou jako následek degenerativních procesů (Alzheimerova demence). Dále se mohou objevit i vaskulární demence, které jsou následkem cévních změn, po cévních mozkových příhodách.

#### **1.4.5 Poruchy spánku**

Poruchy spánku jsou velmi škodlivé a dramaticky mohou zhoršovat zdravotní stav. Dle badatele Alexandra Blau z berlínské kliniky Charité mají lidé trpících poruchami spánku podobné příznaky jako pacienti postižení rakovinovými nádory. Probděná noc mění schopnost bdělosti a koncentrace, jako kdyby měl člověk v sobě necelé 1 promile alkoholu. U seniorů dochází k prodloužení doby usínání, bývá narušena kontinuita a délka nočního spánku. U senioru bývá častějším jevem usínání přes den.

#### **1.4.6 Dekubity**

*„Riziko vzniku dekubitů stoupá se stoupajícím věkem a udává se, že zhruba 1/3 všech pacientů přijímaných na geriatrická oddělení má dekubity nebo má předpoklady pro jejich vznik, při čemž největší riziko je v prvních dvou týdnech.“*<sup>28</sup> Náchylnější na vznik dekubitů jsou pacienti nad 70 let, těžce nemocní pacienti, pacienti s infaustní prognózou a nemocní s poraněním míchy či lidé trpící neurologickými poruchami. Nejrizikovější skupinou pro vznik dekubitů jsou lidé trpící demencí, kteří jsou imobilní, inkontinentní, dezorientovaní, pod neustálou medikamentózní léčbou. *„Dekubity mohou být povrchní, které jsou výsledkem*

---

<sup>28</sup> GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. s. 67.

*mírnějšího tlaku spolu s poškozujícím vlivem drobných traumat. Jsou sice bolestivé, ale tendence k hojení je uspokojivá. Hluboké dekubity postihují kromě kůže i podkoží a přilehlé svalstvo. Mohou se vyvinout velmi rychle a někdy pouze zarudnutí signalizuje blížící se nekrózu tkáně a rozpad. Zhojení je možné po odstranění nekrotické a za zlepšení celkového stavu.“*<sup>29</sup> U dekubitů je velmi důležitá prevence, mezi kterou patří důkladná a důsledná péče o lůžko, o jeho čistotu, nutnost je vždy napjaté prostěradlo. „Vytváření těchto dekubitů může způsobit někdy i sebemenší záhyb shrnutého prostěradla.“<sup>30</sup> Pozitivně působící na zlepšení velikosti dekubitů je vylepšení, co nejvíce, zdravotního stavu a důsledné dodržování pitného režimu. Za nejvhodnější prevenci proti dekubitům je považováno pravidelné polohování, ať manuální či pomocí nejmodernější techniky, která nabízí škálu mnoha polohovacích přístrojů, pomůcek či polohovacích lůžek. Největší výskyt pacientů s dekubity bývá na odděleních následné péče, která „praskají ve švech“ a trpí většinou nedostatečnou kapacitou personálu, který nemůže u takového objemu pacientů zajistit jejich polohování, které by mělo být každé 2 hodiny. Lepší situace nastává v zařízeních sociálních služeb, mezi které patří domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, které jsou určeny osobám trpícím demencí, domy s pečovatelskou službou, denní či týdenní stacionáře nebo chráněná bydlení. V těchto zařízeních dochází v posledních letech k tzv. humanizaci péče, tj. zvyšuje se poměr počtu personálu vůči klientům, péče o klienty se co nejvíce přibližuje domácímu ošetřování a podporují se zařízení méněkapacitní, která mohou náležitě plnit představu přirozeného sociálního prostředí, které vnímá senior jako příjemné.

### **1.5 Komunikace se seniory v pobytovém zařízení**

Nedílnou součástí profesionální výbavy pracovníků pobytových zařízení pro seniory je znalost z oblasti komunikace. U seniorů je „*vnímání ztíženo a komunikace s druhými lidmi je omezena v důsledku vad sluchového, zrakového, čichového či chuťového aparátu.*“<sup>31</sup>

Klienti domovů pro seniory jsou v zařízeních umístěni z důvodu věku a nepříznivého zdravotního stavu, ale přesto není u těchto klientů postižena pouze tělesná stránka, ale

---

<sup>29</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s. 160.

<sup>30</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. a KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995, s. 20. ISBN 80-85495.

<sup>31</sup> JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. s. 14.

promítá se to i do psychické stránky. Pracovníci pobytových zařízení by měli mít znalosti a orientovat se i v psychologii a své znalosti i využívat v praxi. „Znalosti z psychologie osobnosti mohou být nápomocny v posuzování osobnosti klienta, jeho povahových rysů či reakcí seniora na probíhající nemoc. Dále jsou znalosti z psychologie využitelné při komunikaci s klientem, jsou důležité pro vedení rozhovoru a naučí nás vnímat neverbální projevy klienta.

Komunikace slouží k vytvoření vztahu a spolupráce, která může vést k žádoucí změně. Mezi základní požadavky, které jsou kladeny na pracovníky v pobytových zařízeních patří schopnost naslouchat, empatie, schopnost projevit porozumění, cítit úctu k člověku, schopnost poradit a individuální přístup. Mezi nejrozšířenější druh komunikace v pobytových zařízením patří rozhovor.

Mezi zásady úspěšného rozhovoru by mělo patřit vybrání vhodného a klidného prostředí, ale i vhodné doby. V průběhu rozhovoru si musíme uvědomit, že senior má jiné tempo než my, které musíme respektovat, jinak bude rozhovor neefektivní a bezúčelný. Další důležitou zásadou rozhovorů je bezbariérovost, udržení očního kontaktu. Díky těmto věcem seniorovi ukazujeme, že jsme zde pro něho a dáváme najevo vstřícnost. V komunikaci se seniory je vhodné používat přesné a krátké otázky, naše mluva by měla být zřetelná, pomalá a klidná.“<sup>32</sup>

### **1.5.1 Komunikace s osobami trpícími demencí**

V počáteční fázi demence je negativně ovlivněna paměť, „zpočátku hlavně její vstřípivost, která je na překážku denním činnostem a schopnost učit se novým vzorcům chování vázne.“<sup>33</sup>. Ve verbální komunikaci se objevuje ulpívání na jednom tématu nebo zabíhavost v řeči. Ale obsahová stránka mluvy je stále ještě plně srozumitelná. „Při demenci středního stupně se v paměti uchovávají už jen velmi hluboce a pevně vštípená stará engramata a nové informace jsou recipovány jen někdy a na krátkou dobu. Začne chátrat schopnost orientovat se v čase, v prostoru a v situacích.“<sup>34</sup> V této fázi je už slovní komunikace narušena, jak po stránce obsahové tak formální. Nejvíce je však ovlivněna tzv. metakomunikace, která se jeví

---

<sup>32</sup> TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry – pacient. *Časopis sestry* [on-line]. 2007, č. 1 [cit. 2007-01-10]. Dostupné na WWW: <http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?pgid=715>.

<sup>33</sup> CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000, s. 34. ISBN nevedeno.

<sup>34</sup> Tamtéž, s. 34

jako oploštělá a chudá. „*Ve slovní komunikaci se objevují prvky nevýpravnosti, nevýstižnosti a občasného mizení determinující tendence z kontextu vět.*“<sup>35</sup> Ve fázi těžké demence se komunikace stává „*bezobsažnou, vyprázdněnou*“<sup>36</sup> a osoba je „*výrazově nečitelná, pokerově nehybná tvář „starého indiánského bojovníka.*“<sup>37</sup>

Při komunikaci s osobou trpící demencí je třeba respektovat individuální tempo, zvýšenou unavitelnost. Komunikace nesmí být nikdy dlouhá a složitá, je důležité dělat pravidelné přestávky a je třeba volit jednoduchá slova, věty a nepoužívat cizí slova. „*Je dále třeba respektovat zhoršenou vstřípivost paměti: při sdělování informací je musíme trpělivě znovu a znovu klidně opakovat.*“<sup>38</sup> Mluva musí být pomalá, bez souvětí, dobře zřetelná a dostatečně hlasitá. Vhodné je využívat prvky z nonverbální komunikace, díky čemu navážeme snadněji komunikaci. Jedná se o pohled z očí do očí, doteky, úsměv či náš postoj. Důležité je v hovoru nespěchat a trpělivě vyčkat na odpověď nebo popřípadě otázku zopakovat, zřetelněji a hlasitěji. Nezbytné při komunikaci s osobami trpícími i těžkou formou demence je zachování základních společenských pravidel, je třeba, abychom osoby zdravili, oslovovali jménem a vykali a „*to vše nejen z respektu k jeho lidství, ale i k potřebě ochránit integritu lidství našeho.*“<sup>39</sup> Nejdůležitější je při komunikaci s osobou trpící demencí, abychom posilovali její orientaci místem a časem.

---

<sup>35</sup> CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. s. 34.

<sup>36</sup> Tamtéž, s. 34.

<sup>37</sup> Tamtéž, s. 35.

<sup>38</sup> Tamtéž, s. 35.

<sup>39</sup> Tamtéž, s. 36.



## 2 Individuální plánování péče

O individuálním plánováním péče, stanovováním cílů a kroků, které vedou k naplnění cíle a následnému hodnocení dosažených cílů, se hovoří v etapách individuální sociální práce. První etapou ve všech pojetích individuální sociální práce je seznámení s případem a jeho analýza. Po důkladném seznámení se s případem následuje první kontakt s klientem, na kterém je vhodné se domluvit na pravidlech spolupráce, na frekvencích setkávání a na vzájemném očekávání. První kontakt s klientem je asi nejdůležitější část individuální sociální práce, protože od této úvodní fáze se odvíjí celý další vztah klienta a sociální pracovníka. Další etapou by měla být důsledná analýza klientových problémů, kvůli kterým vyhledal pomoc a zjištění nejpálčivějších problémů, které nejvíce klientovi stěžují život. Z problémových okruhů je nejvýhodnější vybrat pouze logickou část problémů, kterými je třeba se nejprve zabývat, tj. vytvořit jakýsi plán práce. Všechny tyto činnosti nejsou jen záležitostí sociálního pracovníka, ale hlavně prací samotného klienta, protože ten, je expert na svá trápení, na své problémy. Tím, že si klient s dopomocí sociálního pracovníka zvolí největší problémy, volí si cíl, kterého chce dosáhnout. „*Po vypracování plánu práce a uzavření dohody o jeho realizaci, rozpracuje sociální pracovník jeho úseky na jednotlivé kroky, které zasadí do časového realizačního plánu*“<sup>40</sup> Kroky a metody k naplnění zvoleného cíle se plánují s klientem dle jeho schopností, dovedností a měly by být postaveny na silných stránkách klienta. Naplánovaný postup se zpracovává písemně ve formě individuálního plánu. Velice důležitá je volba měřitelných cílů, abychom v poslední etapě individuální sociální práce mohli dosažení cílů zhodnotit a vyhodnotit výsledky zvolené intervence.

„*Plánování průběhu poskytování sociálních služeb dle osobních cílů, potřeb a schopností klienta, vedení potřebné dokumentace a hodnocení*“<sup>41</sup> je jednou z povinností poskytovatelů sociální služeb a je jednou z podmínek pro registraci zařízení poskytujících sociální služby u místně příslušného Krajského úřadu. Od 1. 7. 2007 mohou poskytovat sociální služby pouze zařízení, která jsou zaregistrovaná a tím pádem mohou i žádat o dotaci se Státního rozpočtu České Republiky.

---

<sup>40</sup> LEVICKÁ, J. *Metódy sociálnej práce*. 1. vyd. Trenčín: 2001, s. 46. ISBN 80-89074-38-3.

<sup>41</sup> *Zákon č. 108/2006 Sb.* [on-line]. 2007. [cit.2006-03-31]. Ostrava: Nakladatelství Sagit.

Dostupné na [www:](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=108%2F2006&zdroj=sb06108&cd=3&typ=r)  
<<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=108%2F2006&zdroj=sb06108&cd=3&typ=r>>

## 2.1 *Individuální plánování péče z hlediska standardů*

Standard číslo 5 hovoří o plánování a průběhu poskytování služeb a byl původně rozdělen na 6 kritérií, která nyní popíší. Důležitost individuálního plánování je z několika pohledů, např. z pohledu, že díky naplánování služby jsou pracovníci, v dopomoci s klienty, schopni nalézat různá a efektivní řešení problému, dále plánování více usnadňuje kontrolování kvality sociálních služeb nebo nám může pomoci předcházet a připravovat se na rizikové situace.

V prvním kritériu se řeší, že *„průběh služby vychází především z vnitřních zdrojů a možností uživatele, sleduje dosažení dohodnutých osobních cílů a je plánován společně s uživatelem.“*<sup>42</sup> Poskytování sociální služby by mělo umožňovat člověku, který se nachází v nepříznivé životní situaci, aby mohl nadále, v co největší míře, využívat běžně dostupných zdrojů, mezi které patří rodina, přátelé a dále, aby mohl využívat služeb přirozené komunity, tj. žít běžným způsobem, na který je zvyklý. Služby ušité na míru klientovi lze poskytovat jen na základě stanovení osobního cíle klienta. Osobní cíl klienta je určité očekávání klienta, která má od služby, která je poskytována poskytovatelem. Při zjištění a dosažení osobního cíle je důležité vědět jaké zdroje je možné využít (rodina, zaměstnanci, psycholog, dobrovolníci, praktikanti), čeho konkrétně chce klient dosáhnout, jaké postupy použít při dosahování cíle a jak poznat, že je cíle dosaženo. Tyto informace se dají získat pouze tím, že si dosažení osobního cíle klienta naplánujeme. Rozdíly mezi formou a náročností plánování je patrné u služeb, které jsou poskytovány krátkodobě, např. nízkoprahová centra či poradenství, kdy je plánování ve formě ústní a zahrnuje pouze vzájemnou domluvu klienta a pracovníka na cíli jejich krátké spolupráce. Obsáhlejší plánování je u služeb, které probíhají dlouhodobě a u klientů, kteří využívají tyto služby, je plánování dlouhodobý proces v jehož průběhu se mění cíle, plány i kroky k jejich naplnění. Tyto plány jsou vedeny v písemné podobě a nazývají se tzv. individuální plány. Tyto plány by měly být vždy konkrétní a měly by být „ušity na tělo konkrétnímu klientovi“, měly by naplňovat jejich cíle a potřeby. Na sestavování plánu se musí aktivně podílet hlavně klient, protože on nejlépe ví jaké má schopnosti a dovednosti, zná své hranice. V prvním kritériu je vysvětlen rozdíl mezi podporou a péčí. Ve fázi stanovování služeb neboli „šití služeb na tělo“, je nutné vycházet z vnitřních zdrojů člověka a podporovat ho pouze v činnostech, které doopravdy nezvládne. Podpora je tedy

---

<sup>42</sup> *Standardy kvality sociálních služeb* (2000): Projekt MPSV ČR, materiál k sociální konferenci. Praha, 29. květen 2000, s. 45.

*„pomoc, která přispívá rozvoji uživatele a k udržení jeho nezávislosti a zodpovědnosti všude tam, kde je to možné a nadměrná podpora zbytečně nahrazující kroky uživatele se označuje jako péče“<sup>43</sup>*

Druhé kritérium hovoří o tom, že v průběhu dlouhodobého plánování je možné, že se cíle a potřeby klientů mění a tím pádem je nutné individuální plány aktualizovat. Pracovníci by měli mít stanoveny termíny pro přehodnocování individuálních plánů a měli by respektovat to, že klient může mít za nějaký čas na svou tíživou životní situaci jiný náhled a postup k vyřešení bude tudíž jiný, než před časem.

Třetí kritérium zní: *„zařízení má vypracována písemná vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování procesu poskytování služeb. Zařízení stanoví tato pravidla v závislosti na charakteru služeb. V závislosti na charakteru služby je stanoven způsob, jakým je zaznamenán průběh jejího poskytování (včetně termínů a způsobu, jakým může být poskytování služby přehodnoceno).“<sup>44</sup>* Z důvodu dodržení základních nároků na kvalitu a z důvodu, aby plánování služeb odpovídalo potřebám klientů, je třeba, aby měl každý poskytovatel stanovena pravidla pro plánování služby. Každé zařízení poskytující sociální služby je jiné a tím pádem i postup při plánování služeb a forma či rozsah individuálního plánu jsou odlišné. Individuální plán by měl ale vždy obsahovat, kdo se plánování účastní, co se plánuje, kdo je za to odpovědný a termíny zadaných úkolů a kroků, které mohou vést k naplnění cíle, plánu. Písemná podoba je velmi důležitá u vedení případů na kterých se podílí vícečlenný tým, který si potřebuje efektivně předávat informace.

Ve čtvrtém kritériu je zmíněna zodpovědnost konkrétních pracovníků za plánování služby s konkrétními klienty. Objevuje se zde termín klíčový pracovník, který se osvědčil v případech, kdy se dlouhodobě plánuje a plánování se účastní tým pracovníků. Klíčový pracovník by měl být, ve spolupráci s klientem či dalšími pracovníky, iniciátorem plánování, měl by znát potřeby a přání klientů a je hlavně koordinátorem týmu lidí, kteří se zabývají konkrétním plánováním služeb pro konkrétního klienta. Klíčový pracovník by měl být zodpovědný za vytváření individuálních plánů a za realizaci kroků a úkolů, které jsou v individuálním plánu stanoveny. Stanovení funkce klíčového pracovníka by neměla být pouze formální záležitost, každý klient by měl vědět, kdo je jeho klíčový pracovník. Je to jakási jistota klienta, že ví, za kým má jít v případě nejasností či problémů. *„Přenesením*

---

<sup>43</sup> *Standardy kvality sociálních služeb* (2000): Projekt MPSV ČR, materiál k sociální konferenci. Praha, 29. květen 2000, s. 46.

<sup>44</sup> Tamtéž, s. 47.

*vyšší zodpovědnosti na pracovníky, kteří se věnují přímé práci s uživateli, se služby stávají nejen levnější, ale především se lépe přizpůsobují potřebám uživatelů a tak jsou dostupnější.“<sup>45</sup>*

Páté kritérium hovoří o tom, že v zařízení, které poskytuje služby dlouhodobějšího rázu, tj. pobytové služby, je třeba mít systém pro sdílení potřebných informací jak o službě, tak informace o jednotlivých klientech. U krátkodobých služeb je vytvoření systému velmi jednoduché, protože se většinou jedná pouze o zaktualizované seznamy klientů a popřípadě založení nějakých složek, ve kterých jsou základní informace o klientech. U dlouhodobých služeb, to bude věc náročnější. Je důležité si nejdříve vyčlenit okruh zaměstnanců, kteří přijdou s informacemi do styku. Je důležité zavést i jednotné zaznamenávání informací, protože jsou velmi často informace zaznamenávány, ale neefektivně, že je těžké je zpětně dohledávat. Je důležité vymyslet a zažít si jednotný systém předávání informací, jelikož ve chvíli, kdy každý dělá vše a zároveň nikdo nic, se naprosto ztrácí čas, který by mohl být efektivněji věnován ve prospěch klienta.

Poslední kritérium je o definování osobního cíle a jeho dosažení. Každé zařízení by mělo mít zpracována vnitřní kritéria, která nám ukazují, co znamená, že klient dosáhl svého cíle a to z důvodu toho, že u některých druhů služeb, může být dosažení cíle důvod pro ukončení poskytování sociální služby. Zařízení by mělo mít předem, než začne poskytovat sociální službu, stanoveno, jak by měly vypadat výsledky, které plynou z poskytování sociálních služeb. Měřitelnost výsledků poskytování sociálních služeb, by mělo být písemně zaznamenáno v dokumentaci klienta, např. v individuálním plánu. Toto kritérium je velice důležité při zjišťování efektivnosti sociální služby a představuje jakousi zpětnou vazbu na poslaní organizace, zda organizace skutečně poskytuje služby a rozvíjí vizi, kterou popsalo ve svém poslání.

„V souvislosti s účinností zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, byl standard 5 přepracován na 5 zásadních kritérii.

Dle přílohy zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách je standard 5 o individuálním plánování průběhu sociální služby rozdělen takto:

Původní třetí kritérium bylo v novém dělení rozčleněno na první a druhé kritérium. V prvním kritériu se hovoří o vytváření vnitřních pravidel pro individuální plánování průběhu

---

<sup>45</sup> *Standardy kvality sociálních služeb* (2000): Projekt MPSV ČR, materiál k sociální konferenci. Praha, 29. květen 2000, s. 48.

poskytování sociální služby a druhé kritérium upravuje pravidla pro vedení individuálních záznamů o průběhu poskytování sociálních služeb.

Třetí kritérium v sobě nese původní první dvě kritéria a upravuje povinnosti poskytovatele s klientem plánovat, hodnotit a případně i měnit průběh poskytování sociální služby.

Čtvrté kritérium bylo zachováno a jedná se o poskytovatelem určeného pracovníka, který má na starosti plánování u konkrétního klienta.

Páté kritérium bylo taktéž zachováno a v tomto se upravuje systém získávání a předávání informací o klientovi mezi zaměstnanci, které jsou potřebné při individuální plánování průběhu poskytování sociálních služeb. „<sup>46</sup>

## **2.2 Individuální plánování péče zaměřené na člověka a transformace ústavní péče**

Tento teoretický přístup je v souvislosti s novým zákonem o sociálních službách v poslední době často zmiňovaný, protože má přinést nový přístup v individuálním plánování. Individuální plánování by mělo zohledňovat osobní představy, přání a potřeby klientů a poskytované služby by měly umožňovat vést běžný způsob života.

V ČR v současné době převládá přístup, který zohledňuje a vychází z pohledu profesionálů a tím vznikají plány ošetrovatelské, terapeutické či výchovné, ale cíle těchto plánů jsou postaveny na pohledu určité profese a jsou uzpůsobeny tomu, co mohou konkrétní profesionálové či jejich organizace nabídnout. Tím pádem je nabídka vždy užší, než přináší běžný život. Cílem plánů jsou většinou různé obecné programy typu chráněné bydlení namísto toho, abychom zdůraznili, že cílem či přáním klienta je možnost samostatného bydlení. Tím pádem, ale nejde o cíle klienta, ale o cíle poskytovatele sociální služby a z nabídky služeb si teprve klient vybírá. Dalším problémem plánování, které vychází směrem od profesionála, je vytváření závislosti klienta na formálních zdrojích (služby profesionálů) a nedostatečné využívání běžně dostupných zdrojů, jako je rodina, přátelé,

---

<sup>46</sup> *Zákon č. 108/2006 Sb.* [on-line]. 2007. [cit.2006-03-31]. Ostrava: Nakladatelství Sagit. Dostupné na [www:  
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=108%2F2006&zdroj=sb06108&cd=3&typ=r>](http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=108%2F2006&zdroj=sb06108&cd=3&typ=r)

sousedé. Využívání běžně dostupných zdrojů umožňuje klientovi udržovat a znovu vytvářet přirozené sociální vazby a žít v přirozeném sociálním prostředí.

Tyto nedostatky lze odstranit využitím metod plánování, které jsou postaveny na konceptu plánování zaměřeného na člověka. Původně bylo plánování zaměřené na člověka využíváno při práci s osobami se zdravotním znevýhodněním, ale posléze se tento přístup začal používat i v souvislosti se seniory. Základní myšlenky plánování zaměřeného na člověka byly i základem pro prosazení transformace ústavní péče za předpokladu rozvoje tzv. komunitních služeb.

Mezi charakteristiky plánování zaměřeného na člověka patří to, že se více využívá přirozený jazyk spíše než profesionální terminologie, dále se staví na vlohách a silných stránkách klienta, důležitá je aktivní účast klienta a jeho rodiny, přátel, kteří ho nejvíce znají. Při plánování se vychází z potřeb a přání člověka, nikoliv z možností stávajících programů, které organizace poskytující služby nabízí.

Plánování zaměřené na člověka má několik částí a to úvodní část mapování, dále plánování podpory, realizace plánu a měření výsledků, nebo jakási zpětná reflexe. V rámci mapování jsou hlavními úkoly zjistit tzv. osobní profil klienta a zanalyzování potřeb daného klienta. Osobní profil klienta je v podstatě souhrn toho, co si klient představuje jako svůj život v určitých oblastech života a dále je nedílnou součástí popis osobní historie klienta. Další důležitý úkol ve fázi mapování je zanalyzování potřeb klienta, namísto zdravotnických diagnóz se ale orientujeme na potřeby člověka, co potřebuje ke spokojenosti či k běžnému žití na které byl zvyklý. Osobní profil a analýza potřeb jsou důležité pro další fázi a tím je plánování podpory, na kterém se podílí více účastníků a to člověk, pro kterého je plán připravován, spojenec, klíčový pracovník, koordinátor plánování, zapisovatel, moderátor, neprofesionálové, kteří představují neformální zdroje, popřípadě je účasten i opatrovník či další odborníci. Cílem plánování podpory by mělo být stanovení zásadních oblastí řešení, formulování osobních cílů, zjištění použitelných zdrojů, stanovení jednotlivých kroků k naplnění osobních cílů a stanovení odpovědné osoby a termíny. Plány bývají obvykle vytvářeny na období jednoho roku a tomu odpovídá i frekvence setkávání účastníků plánování. *„Ve fázi plánování je důležité myslet na to, že smyslem sociálních služeb je sociální začlenění klienta, jehož podstatou je, že klient žije běžným stylem života. Nelze proto vycházet pouze z nabídek zařízení sociálních služeb, ale musíme přemýšlet o tom, jak klientovi umožnit*

využívat běžně dostupné zdroje a zejména místní služby poskytované nejširší veřejností.“<sup>47</sup> Další fází je realizace plánu, specifické pro tuto fázi je, že se pracovník organizace stává jakýmsi obhájcem práv klientů. Je velmi důležité se pro tuto fázi obrnit trpělivostí. Poslední fází je měření výsledků, tj. do jaké míry se plán a jeho realizace přiblížila cílům, které jsou naplánované. „Na základě zjištěných výsledků může být zahájena další fáze mapování, tedy aktualizace osobního profilu a analýzy míry potřebné podpory. Individuální plánování není jednorázový úkon, ale dlouhodobý proces.“<sup>48</sup>

Při zavádění principu individuálního plánování zaměřené na člověka je výhodně začínat takto plánovat u klientů, u nichž je předpoklad, že budou spolupracovat a bude aktivní i spolupráce s rodinou. Další důležitou součástí této formy plánování je připravení pracovníků zařízení na zmíněnou formu plánování např. prostřednictvím vzdělávání a začít postupně s jedním či dvěma klienty.

### **2.3 Individuální plánování péče z hlediska case managementu**

Case management se zabývá zdravými stránkami klienta, je zde důležitý vztah klienta a case managera, který je založen na partnerství a spolupráci. Další zásadou tohoto přístupu je, že hlavní slovo při řešení problému má klient, protože klient je expert na své problémy. Důležitý faktor při intervenci je, že case manager musí mít dobrý přehled o klientově skutečné situaci. „K tomu je třeba sjednávat schůzky nejen v zařízení, kde klient tráví většinu času, ale i jinde, například doma.“<sup>49</sup> Case management je vhodný i u lidí s duševním onemocněním, protože je možné stavět na zachovaných dovednostech a schopnostech. Velkou roli zde hraje posilování klientovy víry ve své vlastní schopnosti a ve změnu, která je všudypřítomná. Vhodné je klienta v jeho odhodlání ke změně posilovat. Důležitou součástí case managementu je, že je třeba vycházet z potřeb klienta, které jsou nejlépe uspokojeny v rámci místních komunitních zdrojů, které nemusí být, ale určeny jen pro nemocné. Mohou to být kavárny, kluby atd.

---

<sup>47</sup> Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče. *Příloha časopisu Rezidenční péče*, 2006, ročník 2, číslo 3, ISSN 1801-8718.

<sup>48</sup> Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče. *Příloha časopisu Rezidenční péče*, 2006, ročník 2, číslo 3, ISSN 1801-8718.

<sup>49</sup> STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha, 2001, s. 17. ISBN nevedeno.

Úvodní fází case managementu je navázání kontaktu s klientem a jeho současné udržení, dále zde nalezneme vyšetření, jehož výsledkem by měl být individuální plán péče. „Účelem individuálního plánu péče je zmapovat potřeby a silné stránky klienta a naplánovat kroky, jež je třeba podniknout ke zlepšení situace“.<sup>50</sup> Individuální plán péče by měl jakýsi dynamicky se vyvíjející a měnící plán, který vychází z neustálého sledování klientových potřeb, přání.

Individuální plánování péče má dle case managementu 2 základní roviny a to záznam slabých a silných stránek a záznam výsledků a přístupů.

Záznam slabých a silných stránek je postaven na spolupráci case managera a klienta při vytváření souhrnu silných a slabých stránek. Case manager se snaží vhodnými otázkami klienta přimět k reflexi a tím dojít k tomu, co klient má rád, v čem si myslí, že je úspěšný či k tomu, co přináší klientovi radost. Na druhé straně si musí klient uvědomit i své slabé stránky. Case manager musí ale do tohoto seznamu psát skutečně jen to, co si klient přeje, protože klient je odborník na své trápení a case manager mu má pomoci, se v jeho trápení vyznat a naznačovat cesty, jak z nepříznivé situace ven nebo jak nepříznivou situaci zmírnit. Záznamy je vhodné zapisovat i s časovým údajem.

Záznam výsledků a přístupů vychází z předchozí fáze, kdy jsme stanovili slabé a silné stránky klienta a nyní přichází na řadu schéma, které popisuje cíl, což by měly být žádoucí výsledky a dále potřebné kroky k jejímu splnění a to jsou už konkrétní přístupy. Cíle by měly být stanovovány konkrétně a výběr kroků k jeho naplnění by měl být plně v režii klienta. Pro stanovení dobrých kroků jsou nejdůležitější zkušenosti klienta s jeho dřívějšími pokusy řešit problémovou situaci. Kroky by měly být konkrétní i z hlediska kontroly a proto je třeba, aby záznamový arch obsahoval údaje o tom, kdy a kde se budou jednotlivé kroky uskutečňovat a kdo se na nich bude podílet a kdo za ně bude zodpovědný. Záznamy z jednání slouží poté i dalších částech sociální práce a to pro monitorování snahy a výsledků klientovy snahy.

---

<sup>50</sup> STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha, 2001, s. 26. ISBN nevedeno Tamtéž, s. 26



## 2.4 *Individuální plánování péče dle Mgr. Dany Klevetové*

Mgr. Dana Klevetová je pracovnící na Geriatrické klinice 1. LF a VFN Praha, Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví 1. LF Praha a aktivně se věnuje problematice individuálního plánování u seniorů v pobytových zařízeních.

V rámci vytváření individuálních plánů péče je důležité mít vytvořena vnitřní pravidla, která budou všemi, kteří jsou zapojeni do procesu vytváření individuálního plánu, respektována. Dále je velmi důležité a zvláště „*vedení sociálních zařízení na to nesmí zapomínat, že bez kvalitního a dostatečného počtu personálu vytvářet individuální plány nelze. Každodenní aktivity sebepéče mají léčebný efekt a je nutné věnovat jim takový časový prostor, jaký senior potřebuje. Pečující tým je ve shodě v provádění péče. K tomu je skutečně nutný dostatek ochotného personálu.*“<sup>51</sup>. Vhodným způsobem pro individuální plánování je i vytváření závazných smluv mezi poskytovateli a uživateli služeb.

Při stanovení individuálního plánu je velmi důležitá role klíčového pracovníka, který by měl mít na starosti „*předávat užitečné informace o seniorovi celému týmu.*“<sup>52</sup> V rámci individuálního plánování je nezbytná týmová spolupráce z důvodu, aby byly v plánu postihnuty všechny aspekty života seniora. Velmi důležité jsou pravidelné schůzky týmu, který má na starosti individuální plánování péče a provádění jeho změn v závislosti na přání klienta a na současné situaci.

Velmi důležité při péči o seniory a zvláště o seniory, kteří jsou imobilní, je oslovovat seniora jeho jménem či titulem, dle jeho přání. Vůbec se nehodí oslovování zesměšňujícími či zdrobnělými slovy, např. *bábinko, dědoušku, zlatíčko*. Oslovování tímto stylem narušuje a poškozuje důstojnost a sebevědomí seniora. Díky důstojnému oslovování a neustálému informování, co se se seniorem děje, co je s ním prováděno, v jaké situaci se nachází, je možné přinést a dodat klientům větší pocit bezpečí a důvěry.

Před začátkem vytváření individuálního plánu je nezbytné získat potřebné informace o potřebách klienta, které lze nejlépe získat rozhovorem a pozorováním. Je velmi vhodné si sestavit okruh vhodných otázek, které jsou modifikovány dle různých problémů klienta, dle rozdílné soběstačnosti, dle jiných schopností či jiného sociokulturního prostředí. Ze souboru těchto otázek vzniká tzv. ošetřovatelská anamnéza. Ošetřovatelská anamnéza dle modelu

---

<sup>51</sup> KLEVETOVÁ, D. Úcta k druhému člověku. *Sociální péče*, 2006, roč. neuveden, č. 3, s. 18. ISSN 1213-2330

<sup>52</sup> Tamtéž, s. 12.

M. Gordonové obsahuje klientovo vnímání svého zdraví a zda je schopen pro sebe něco udělat. Jsou zde hlavní oblasti, ke kterým se senior vyjadřuje, mezi které patří výživa, vylučování, cvičení či aktivita, spánek, odpočinek, vnímání, sebepojetí, sebeúcta, mezilidské vztahy, sexualita, stres, zátěžové situace, víra či uznávané životní hodnoty.

Každé zařízení má svojí metodu na zjišťování základních informací o zvyklostech, návycích, rituálech či specifických klientova života, které by měly být, v co největší míře i po umístění do zařízení sociální péče, zachovány, tolerovány a podporovány. Jen tímto způsobem lze naplnit to, aby poskytovaná sociální služba byla co nejvíce podobná přirozenému sociálnímu prostředí. Velmi důležité je získávat tyto informace nejen od samotného klienta, ale také od jeho rodiny. Vhodný způsob pro získání informací jsou strukturované úvodní rozhovory či dotazníkové šetření, které jsou prováděny před praktickým nástupem do zařízení. Informace o seniorovi je vhodné získávat i prostřednictvím rodiny, proto bývá výhodné, mít k dispozici dotazník, který je předložen před nástupem rodině. Tento dotazník by měl obsahovat dotazy na specifika při každodenních činnostech, např. při jídle, oblékání, usínání, osobní hygieně, vyprazdňování či další drobné rituály či zvyklosti během dne. Díky těmto informacím a poznatkům ze vstupního rozhovoru, je možné strukturu poskytovaných služeb hned na začátku naplánovat a „*hned na začátku si obě strany vzájemně uvědomí, co je možné zajistit a co není.*“<sup>53</sup>

Hlavní problém při vstupu do pobytového zařízení spočívá v očekáváních, která jsou jak ze strany klienta, tak ze strany personálu. V úvodní fázi navazování spolupráce je důležitý rozhovor o těchto očekáváních, porovnání očekávání s realitou a s poskytovanými službami, které je zařízení schopné nabídnout. Díky rozboru očekávání se může předejít pozdějším nesrovnalostem, které by mohly být překážkou v navázání smysluplné a efektivní spolupráce, které by měla vést k oboustranné spokojenosti. *U lidí, dlouhodobě umístěných v zařízení, kteří jsou schopni komunikovat, je důležité seznámit je se změnami, které povedou v jejich prospěch a zabrání dřívějším nedorozuměním.*<sup>54</sup> Díky informovanosti o změnách, které seniory čekají, mají tito čas na určité smíření s tím, že jejich životní cesta nebude přesně podle jejich přání, ale bude to ta nejvhodnější, která je v momentální situaci možná. Důležité je upozorňovat seniora na to, že konečná rozhodnutí jsou vždy v jeho rukou a pracovníci zařízení mu budou nápomocni ve hledání těchto možných cest ke spokojenosti, budou mu ukazovat možné cesty a návody k vyřešení nepříznivé životní situace. Pracovníci zařízení

---

<sup>53</sup> KLEVETOVÁ, D. Úcta k druhému člověku. *Sociální péče*, s. 12.

<sup>54</sup> Tamtéž, s. 13.

nesmějí seniorovi přikazovat, kterou cestou by měl, jaká rozhodnutí by měl dělat a neměli by se na něho ani zlobit, že jeho volba neodpovídá jejím představám, ale měli by více přemýšlet o tom, zda je tato cesta pro seniorovu nynější situaci vhodná, efektivní, přinášející užitek a dobrý pocit. Seniorům se hlavou promítá určitě mnoho nevyřešených otázek, ohledně toho zda vůbec unese pocit toho, že se o něho někdo musí starat, že je závislý na péči druhé osoby, že ztrácí své soukromí, zda budou schopni v zařízení poskytnout pomoc, kterou si klient představuje. Dále senioři přemítají ohledně svých omezení a zda jsou schopni a jak s nimi žít plnohodnotný život. *Starý člověk má svůj životní příběh, který je poskládán z radostných i bolestných událostí. Čím déle žije, tím je jeho příběh delší. Někdy s námi, profesionály bojuje o získání moci nad situací a snaží se nás řídit, aby si nemusel připustit svou závislost na nás. Naše profesionální umění spočívá také ve schopni to pochopit a nepřijímat otevřený boj, ale chovat se k němu, jako by byl takový, jakého bychom jej chtěli mít. To je cesta k získání důvěry a složení pomyslných zbraní<sup>55</sup>.* Velmi důležité, pro pracovníky zařízení poskytujících sociální služby je, uvědomit si, že ten, koho můžeme změnit, jsme jen my sami. Senioři, jejichž způsob komunikace je to, aby byli nepřijemní, bojovní a vytvářeli napětí, se nedají intervencí pracovníků změnit. Důležité je na jejich hru nepřistoupit, vytvořit odlišná komunikační pravidla a nepřijemným situacím se vyvarovat.

Zařízení sociální služeb by mělo být domovem pro seniory a tím pádem by mělo plnit i jakousi edukační roli jakou v běžném životě hraje rodina. Tím pádem v zařízení je nutné i přesvědčovat a vysvětlovat klientům vhodnost např. léčebného režimu, prováděných úkonů či činností, které jsou prováděny. Vhodné je i poučení o možných rizicích nedodržování např. léčebného režimu.

Důležitou roli při práci se seniory v pobytových zařízeních je spolupráce a kontakt s rodinou. Klíčový pracovník by měl umět navázat kontakt s rodinou, ať už se jedná o rodinu funkční či nikoliv, protože v životě člověka představuje rodina výraznou roli. Úkolem klíčového pracovníka by mělo být získání důležitých informací o seniorovi, o jeho zvyklostech, tradicích, rituálech, pravidelných denních činnostech, pomůckách, trávení volného času a dále je vhodné si s rodinou rozdělit a vymezit role v péči o seniora. Díky rozdělení rolí a seznámení rodiny s plánem péče, jde předejít zbytečným nedorozuměním a nesrovnalostem, ke kterým může docházet při péči o seniora. Rodina má většinou trochu jiný názor na poskytování péče, ale také podvědomě cítí, že senior je v zařízení právě proto, že oni zklamali a deklarovanou péči nebyli schopni poskytnout. Pod tlakem vtíravých

---

<sup>55</sup> KLEVETOVÁ, D. Úcta k druhému člověku. *Sociální péče*, s. 13.

myšlenek a výčitek požadují a delegují svou představu o skvělé, obětavé a nepřetržité péči na profesionály. Tyto představy nelze, ale ve většině případů s možnostmi zařízení skloubit.

Další krok, který by měl následovat po zjištění všech potřebných informací o seniorovi je stanovení osobních cílů, které mohou vést ke smysluplnému využívání služby a efektivnímu výsledku. U seniorů nesmíme zapomínat na to, že pokud již člověk „nedosahuje vyšších potřeb, soustředí se na potřeby základních péče“<sup>56</sup>. Častými osobními cíly u seniorů je např. zachování stravovacích návyků, alespoň jednou denně procházka venku, samostatné vykonávání ranní hygieny za asistence atd. Další cíle mohou být např. najít si přátele v novém domově, zvyknout si zde, mít možnost navštěvovat i nadále své rodinné příslušníky atd.

Po stanovení osobních cílů seniora přichází na řadu jejich plánování a realizování. V této fázi jde o to, jak dosáhnout stanoveného cíle. K dosažení cíle je třeba naplánovat jednotlivé kroky, které je dobré vždy vymežit časovým limitem. Stanovení kroků k naplnění osobního cíle klienta, je vždy záležitostí dialogu seniora a klíčového pracovníka či dalších zainteresovaných osob, jako např. rodiny, dobrovolníků, důvěrníků či ošetřujícího personálu. Není možné, aby kroky k naplnění cílů stanovoval klíčový pracovník sám od stolu bez účasti seniora. Velmi důležitá je spolupráce se seniorem, je nutné znát jeho názor, jeho návrh na řešení, seniorův názor na to, co mu plánování péče přinese a k čemu přispěje. Při plánování a realizování osobních cílů seniora je důležité uvědomit si, že slovy komunikujeme „pouze v 10 – 20 %, proto pozorujeme na seniorovi, jak vnímá náš způsob péče, jak reaguje jeho tvář, pohyby a držení těla. Jaký signál k nám vysílá? Brání se naší péče, hledáme také důvod v našem přístupu?“<sup>57</sup> Senior totiž nemusí z našeho přístupu cítit podporu a „cítí-li senior podporu, je ochoten udělat kus vlastní práce na sobě a jít se vstřícností k pečujícímu personálu a slevit ze svých mnohdy absurdních požadavků, které není možné realizovat.“<sup>58</sup>

Poslední částí je hodnocení naší spolupráce, zjištění dosažených výsledků, zjištění spokojenosti. Dále je možné, že se dospěje k tomu, že je třeba plán péče změnit a upravit dle skutečností, které vypluly na povrch až v průběhu realizace plánu. Díky hodnocení je možné poučit se při další spolupráci se seniorem.

---

<sup>56</sup> KLEVETOVÁ, D. Úcta k druhému člověku. *Sociální péče*, s. 14.

<sup>57</sup> Tamtéž, s. 14.

<sup>58</sup> Tamtéž, s. 11.

### **3 Možnosti implementace teorií individuálního plánování péče do praxe**

#### **3.1 Centrum sociálních služeb a jeho poskytované služby**

Centrum sociálních služeb Staroměstská se nalézá v klidové zóně města Českých Budějovic nedaleko kostela sv. Prokopa. Zařízení je příspěvkovou organizací Statutárního města České Budějovice schválenou usnesením Zastupitelstva města České Budějovice č. 157/2001 dne 28. června 2001. Budova, ve které se dnes nachází Centrum sociálních služeb, byla postavena v roce 1990 jako domov – penzion pro důchodce. Objekt je stavebně rozčleněn na 2 ubytovací bloky a stravovací provoz (varnu a jídelnu). V zařízení senioři najdou nejenom celou řadu služeb jako kadeřnictví, ordinaci praktického lékaře, kantýnu, pedikúru, rehabilitaci, knihovnu ale i prostory pro nejrůznější zájmové činnosti (dílny, internetový klub, společenské klubovny, čítárnu, tělocvičnu).

Posláním Centra sociálních služeb Staroměstská je poskytování pobytových, ambulantních a terénních sociálních služeb šitých na míru pro seniory a občany se zdravotním postižením s trvalým pobytem na území města České Budějovice.

Smyslem poskytovaných služeb je zajistit co největší psychickou, sociální a fyzickou pohodu klientů a podporovat jejich schopnosti samostatného života. Zvláštní pozornost věnujeme i rodinám našich klientů.

Kapacita zařízení je 159 míst, což představuje 95 obytných jednotek určených pro jednotlivce a 32 obytných jednotek určených pro dvojice (2 místnosti s kuchyňským koutem) a jeden byt správce. Zařízení je organizačně rozděleno na oddělení s celodenní péčí, pro klienty, kteří potřebují komplexní péči a na obyvatele samostatných bytových jednotek, kde jsou ještě obyvatelé, kteří byli původně umístěni do domova-penzionu pro důchodce, tj. lidé soběstační a samostatní.

Se změnou legislativy od 1. 1. 2007 poskytuje Centrum sociálních služeb Staroměstská pobytové, ambulantní a terénní služby sociální péče dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Mezi hlavní činnosti organizace patří domov pro seniory, odlehčovací služby, pečovatelská služba v Domě s pečovatelskou službou Nerudova 2a a tísňová péče.

Domov pro seniory je určen pro osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejich zdravotní stav vyžaduje komplexní péči a není u nich efektivní a ani dostačující terénní služba, která by nepokryla celodenní komplexní péči. U klientů v Centru sociálních služeb je aktivně podporována jejich samostatnost a soběstačnost a poskytované služby jsou směřované k tomu, aby byly co nejvíce podobné přirozenému

prostředí, ve kterém senior žil. V domově pro seniory je poskytováno ubytování, strava a pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Cílem této služby je zajistit důstojné prostředí a zacházení s klienty, snažit se předejít zdravotním komplikacím, které hrozí u osob vyžadující péči druhé osoby, umožnit zapojení do jejich běžného života a zabránit tak jejich izolaci.

Odlehčovací služby jsou určeny pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem této služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek či možnost dovolené a předejít umístění seniora do zdravotnického zařízení.

Pečovatelská služba pro obyvatele Domu s pečovatelskou službou poskytuje úkony péče v rozsahu dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. ve znění zákona č. 29/2006 Sb. a jedná se o pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Tísňová péče představuje nepřetržitou distanční hlasovou komunikaci dispečinku telekontaktní služby s klienty v jejich domácím prostředí a poskytnutí rychlé odborné pomoci v případě zhoršení jejich zdravotního stavu či jiné krizové situace. Cílem služby je umožnit klientům klidný a bezpečný život v jejich domácím prostředí při maximálním snížení rizika poškození jejich zdraví nebo života. V bytě klienta je instalován monitorovací systém - řídicí jednotka, tísňové tlačítko a čidlo pohybu. Prostřednictvím řídicí jednotky je zajištěno automatické spojení s centrálním dispečinkem telekontaktní služby. Tísňové tlačítko nosí klient neustále u sebe (např. na krku). V případě potřeby pomoci stiskne tlačítko a dojde k automatickému spojení s dispečinkem. Přes telefonní přístroj s hlasitou komunikací se klient okamžitě dovolá pomoci a domluví se na její formě (výjezd zdravotní sestry, návštěva sousedů, blízké osoby, záchranné služby, policie, hasičů).

Nedílnou součástí života zařízení je činnost dobrovolníků, kteří přispívají ke zlepšení psychosociálních a duchovních podmínek klientů. Největší měrou se dobrovolníci podílejí na zpříjemnění volného času u klientů oddělení s celodenní péčí. Dobrovolníci mohou prostřednictvím nejrůznějších aktivit a činností zpříjemnit pobyt našim klientům a nejvíce jsou nám nápomocní při organizování jednorázových kulturních akcí, při údržbě

parku, působí jako společníci a průvodci klientů a jsou velkou měrou nápomocni při výuce seniorů na počítači. Program dobrovolnictví je v Centru sociálních služeb realizován pod záštitou Dobrovolnického centra Diecézní charity České Budějovice.

### **3.2 Individuální plánování v Centru sociálních služeb**

Termín individuální plánování je v Centru sociálních služeb nový pojem, jelikož bylo toto zařízení dříve penzionem pro seniory, tj. zde bydleli lidé, kteří byli soběstační a samostatní a veškerá péče a služby, které byly poskytovány, měly jiný charakter než dnes, kdy je z Centra sociálních služeb domov pro seniory, tj. pro osoby závislé na péči druhé osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje komplexní celodenní péče. Dříve byly klientům poskytovány služby, které vycházely z potřeb daných průměrným věkem obyvatel. Jednalo se o služby jako úklidy, praní ložního a osobního prádla, donáška jídla, obstarání nákupů. Většinou šlo o služby, které nebyly spojené s konkrétní péčí o osobu, tj. nebyla potřeba služby nějak plánovat. Ale nyní, kdy se změnil statut zařízení, jsou zde klienti, kteří potřebují pomoci např. s běžnými úkony o vlastní osobu, při osobní hygieně či při pohybu po prostoru. Péče, která je nyní poskytována, zasahuje do nejintimnějších oblastí lidského života a tím pádem je nutné mít určitá pravidla pro konkrétní situace, jak se má postupovat, jak se má jednat. Tím pádem i každý krok a postup, který je u klienta prováděn, realizován, je třeba plánovat a poskytovanou péči vyhodnocovat z hlediska úspěšnosti a prospěšnosti.

#### **3.2.1 Klienti samostatných bytových jednotek**

Klienti samostatných bytových jednotek jsou osoby, které byli do Centra sociálních služeb umístěni ještě jako do domova – penzionu pro důchodce, což bylo zařízení sociálních služeb, které poskytovalo ubytování soběstačným lidem, kteří jsou schopni bydlet samostatně za předpokladu, že jim budou poskytovány služby, jako je úklid, strava, praní či nákupy. U této skupiny klientů je individuální plánování realizováno prostřednictvím pracovníků sociální péče, které u klientů vykonávají úkony péče. Při přijetí nového seniora byl do týdne navštíven koordinátorkou pracovníků sociální péče, která u klienta provedla sociální šetření (příloha I). V sociálních šetření zjistí jaké má senior koníčky, co ho baví, co nemá rád, jak by nejradši využil čas strávený zde. Dále pracovnice zjišťuje, jak bychom klientovi mohli pomoci, aby se zde cítil spojený a co pro něho můžeme udělat, aby zde nemusel měnit své

celoživotní návyky. Zjistíme klientovo přání, tužby a obavy z pobytu. Zjištěné informace jsou předány pracovním sociální péče, které se už s každým jednotlivým klientem domlouvají na jejich přání a na skladbě poskytovaných úkonů péče. Každé patro má na starosti jedna pracovnice sociální péče, která každé ráno obejde klienty, kteří si přejí, aby byli ráno buzeni. Zjistí jejich náladu a potřeby, které pro tento den mají. Veškeré úkony a činnosti z jednání s klientem se zapisují do záznamových sešitů u každého klienta, kterou si vede každá pracovnice sociální péče u okruhu svých klientů. Činnosti a úkony, které jsou u klientů prováděny, by měly být postaveny na jeho silných stránkách a měli by podporovat jeho soběstačnost. Např. když je klient schopen ještě alespoň částečně se umýt, tak mu pracovnice sociální péče nenutí, že ho budou koupat sami, ale snaží se být klientovi pouze oporou a asistencí při umývání, ale vlastní akt mytí nechávají na něm.

Dále jsou klientům nabízeny volnočasové aktivity mezi které patří kroužek šikovné ruce, trénování paměti, muzikoterapie, kroužek výuky na počítači, kroužek břišních tanců či kroužek hraní karet pravidelné hudební odpoledne s poslechem a tancem. Výrobky z kroužků slouží jako výzdoba zařízení, což je pro klienty velmi motivující, protože znovu zažívají pocit, že něco dokázali, že nejsou úplně neschopní. Výrobky jsou také využívány jako drobné dárky pro účinkující při kulturních představeních. Klienti jsou o kroužcích neustále informováni na všech nástěnkách a pracovnice sociální péče, která má na starosti aktivizaci seniorů, nabízí účast na kroužcích i nově přichozím klientům. Velice důležitou úlohou pracovníků sociální péče je vhodná motivace klientů, aby jen neleželi, ale aby si podzim svého života ještě užili a smysluplně trávili volný čas. Jedenkrát měsíčně zjišťuje koordinátorka pracovníků sociální péče spokojenost klientů s poskytovanými službami a to formou osobního jednání s klienty a 1 x za 3 měsíce je spokojenost, připomínky, postřehy a poznatky klientů zjišťována dotazníkem, jehož vyhodnocení je předáváno ředitelce zařízení.

V případě zájmu mohou klienti navštěvovat pravidelnou tělesnou výchovu, kde se využívá příznivých účinků pohybových aktivit pro uchování a upevnění tělesného i duševního zdraví a díky pohybu se dá prodloužit aktivní stáří. Pohybová léčba je rovněž zaměřena na prevenci omezení soběstačnosti a samostatnosti, minimalizaci fyziologických změn, které vznikají postupně procesem stárnutí. Klienti jsou o možnosti skupinového cvičení informováni prostřednictvím pracovníků sociální péče nebo prostřednictvím informační nástěnky. Skupinová cvičení probíhají pro 2 typy klientů. První jsou ti, kteří se už hůře samostatně pohybují, většina z nich má vadný stereotyp chůze a používá kompenzační pomůcky. Cvičení je prováděno v sedě na židlích, jedno cvičení trvá cca 15 minut. Cvičení je primárně zaměřeno na zlepšení soběstačnosti a samostatnosti klientů. V průběhu cvičení je



prováděna i dechová gymnastika, stabilizační cviky, cvičení na zlepšení rozsahu pohybu, pohybové koordinace či na zlepšení prokrvení dolních končetin. Při cvičení jsou využívány rehabilitační pomůcky, např. malé míče, tyče, therabandy, akupresurní míčky a je prováděno za doprovodu hudby. Druhý druh skupinového cvičení je pro klienty, kteří jsou schopni cvičit vleže na žíněnkách, ve vzporu klečmo, ve stoje i za chůze. I toto cvičení je zaměřeno na zlepšení soběstačnosti a udržení kondice odpovídající věku našich klientů. Cvičení trvá také 15 minut, ale je náročnější a jsou používány stejné rehabilitační pomůcky jako u předešlého druhu cvičení. Navíc se využívají gymnastické míče a žebřiny. I toto cvičení probíhá za doprovodu hudby.

### *3.2.2 Klienti oddělení s celodenní péčí*

Individuální plánování péče na oddělení s celodenní péčí je rozděleno na 3 plány, které by měly spolu tvořit jednotný individuální plán péče. Do komplexního plánování péče patří ošetřovatelský plán, rehabilitační plán a aktivizační plán.

Ošetřovatelský plán vypracovává zdravotnický personál v dopomoci s ošetřovatelským personálem. Vytváření ošetřovatelského plánu předchází zjištění tzv. ošetřovatelské anamnézy, která by měla být vyhotovena do 24 hodin od příjmu klienta. Ošetřovatelskou anamnézu vypracovává zdravotní sestra, která klienta přijímá. Podklady pro vytvoření anamnézy jsou: sociální šetření u klienta před nástupem do zařízení, informace ze zdravotní dokumentace, propouštěcí zpráva (pokud klient přichází ze zdravotnického zařízení), ale největším zdrojem informací je samozřejmě sám klient, jeho rodina či blízcí. Po vypracování ošetřovatelské anamnézy následuje vytvoření ošetřovatelské diagnózy, která zahrnuje zjištěné potřeby klienta v konkrétních problémových oblastech, které klienta trápí. Jedná se například oblast bolesti, mobilizace, inkontinence, pitného režimu, péče o kůži atd. Tyto potřeby a přání v určitých oblastech, které trápí klienta jsou zjišťovány taktéž ze zdravotnické dokumentace, pozorováním a komunikací s klientem. Dále si vytváří zdravotní sestra spolu s klientem jakýsi cíl, kterého by měl klient v dopomoci ošetřovatelského personálu a vhodné intervence dosáhnout. Cíle by měly být konkrétní, aby bylo možné měřit jejich plnění. Cílem bývá např.: klidný spánek bez bolesti, udržení pohyblivosti, zajištění neporušenosti kůže atd. K dosažení cílů se používá ošetřovatelských intervencí, které jsou např.: podání analgetik, důsledná kontrola pitného režimu, každodenní rehabilitační úkony u klienta, důsledná péče o kůži atd. Ošetřovatelské plány vytváří zdravotní sestry vždy na období 1 měsíce a po měsíci vypracovávají společně s klientem vyhodnocení, které je taktéž

součástí ošetřovatelského plánu, kde se porovnává cíl a zvolený druh intervence a zda bylo dosaženo žádaného výsledku. Pokud nebylo dosaženo žádaného výsledku, je to pro ošetřující personál známka toho, že je třeba navrhnout jiný druh intervence.

Provádění rehabilitace a vytváření rehabilitačního plánu má na starosti rehabilitační pracovníce a ošetřovatelský tým, který provádí rehabilitační cvičení u klientů v době nepřítomnosti rehabilitační pracovníce nebo o víkendech či svátcích.

Pohybová aktivita je vhodným prostředkem k prevenci a kompenzaci involučních procesů provázejících stárnutí a stáří. U klientů oddělení s celodenní péčí jsou prováděny cvičení individuální formou a jejich účelem má být zvýšení rozsahu pohybu, zlepšení svalové síly, odstranění bolesti a zlepšení celkové mobility.

Rehabilitační pracovníce vystaví každému klientovi kartu, která se jmenuje Záznam o průběhu rehabilitační péče, která obsahuje jméno, příjmení, rodné číslo, číslo zdravotní pojišťovny, bydliště a základní klinické diagnózy určené ošetřujícím lékařem. Pro vytvoření kvalitního a přesného krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu, je třeba u každého klienta provést rehabilitační vyšetření. Mezi vyšetření patří subjektivní a objektivní potíže klienta, speciální vyšetření na základě klinických diagnóz, vyšetření hybnosti, kineziologický rozbor, svalový test, vyšetření pohledem, vyšetření palpací, vyšetření hybnosti páteře, zkrácených svalů, rozbor stoje a chůze. U klientů, kteří jsou imobilní se navíc provádí vyšetření sebeobsluhy, samostatnosti, vyšetření soběstačnosti v ADL (activity of daily living), do kterého patří test jemné motoriky, přemísťování, stoj, chůze a následně sed. Po fázi vyšetřovací přichází na řadu vypracování plánu výcviku. Během léčby provádí rehabilitační pracovníce záznamy o změnách stavu klienta, záznamy o změně léčby, záznamy o prováděné instruktáži či o provedeném poradenství, např. v problematice ortopedických pomůcek či správného nošení obuvi. Vše je zaznamenáno do rehabilitačních karet, které obsahují i četnost a dobu trvání provedených úkonů rehabilitační péče. Mezi aktivity, které jsou zaznamenány v plánu výcviku, patří např. balneoterapie, do které patří předeřít soluxem, perličková koupel, vířivé masáže celotělové nebo končetinové. Dále je zde uplatňována technika měkkých tkání včetně míčkování za účelem uvolňování hypertrofických nebo zkrácených svalů a tím dochází k odstraňování bolesti pohybového ústrojí. Rehabilitační pracovníce dále u klientů provádí výcvik, který je zaměřený na zlepšení správného stereotypu chůze a velice důležitý je nácvik chůze o ortopedické pomůcce. Rehabilitace chůze je prováděna u klientů každý den. U klientů, kteří jsou imobilní je důležitý nácvik soběstačnosti v ADL aktivitách, které se orientují na sebeobslužné úkony, mezi které patří nácvik hygieny ( používání toalety, koupel, osobní hygiena), nácvik samostatného oblékání a svlékání, nácvik samostatného

stravování a nácvik přesunů na židle, křesla a lůžka. Dále se nacvičuje samostatnosti v IADL (instrumental acvity of daily living) aktivitách mezi které patří veškeré všední činnosti. Nácvik těchto dovedností se realizuje na různorodých výcvikových panelech. 2 x denně je u klientů prováděna vertikalizace, což znamená polohování do sedu nebo do stoje.

Aktivizační plán má postihnout všechny volné chvíle, kdy není prováděna u seniora rehabilitace, kdy nejsou u klienta dobrovolníci či když se nevykonávají každodenní pravidelné ošetrovatelské úkony. První krok při stanovování individuálního aktivizačního plánu klienta, je rozhovor s rodinou a klientem a vyplnění jednoduchého dotazníku (příloha II). Tento dotazník se předává také ošetřujícímu personálu pro dokreslení nynější situace klienta a pro efektivní ošetrovatelskou práci. Z tohoto dotazníku se blíže dozvíme o koníčcích klienta a o tom co ho baví a co má rád a jak by chtěl využívat svůj volný čas zde a poslední otázka v dotazníku je, co můžeme pro klienta udělat, aby se zde cítil spokojeně. Asi před 1/2 rokem jsme začali zavádět vypracovávání individuálních plánů. Nejdříve jsme s každým klientem pohovořili o jeho touhách a přáních, co se týče trávení volného času a informovali se od rodiny o zvyklostech klienta. Na základě tohoto jsme na začátku týdne s každým klientem vypracovali aktivizační plán na daný týden dle přání klienta (příloha III). Tento způsob se nám neosvědčil, jelikož zdravotní stav klientů a jejich nálada se v průběhu týdně mění. Přistoupili jsme k vylepšení, které Vám nyní popíši. Společně s klientem, sociální pracovníci a pracovníci sociální péče se sepíše jakýsi rámcový individuální plán volnočasových aktivit (příloha IV). V tomto plánu je popsána nynější situace klienta, jeho přání a stanovené cíle, kterých by chtěl zde dosáhnout. Tento plán se každé 3 měsíce doplňuje o poznatky z denních aktivit, kterými si klient zpříjemňuje svůj volný čas, které jsou zaznamenány v aktivizačním sešitu, který je založen u každého klienta. Další a konkrétní zjišťování přání a tužeb klienta, co by chtěl v daný den dělat, zjišťuje hned po ránu tým ve složení pracovníce sociální péče a sociální pracovníce, které si nejdříve od ošetřujícího personálu zjistí náladu, která panuje u jednotlivých klientů. Poté si pracovníce sociální péče a sociální pracovníce zjistí přesný rozpis rehabilitačních úkonů na tento den a tím vyjdou volná místa, kdy se seniory není provázena žádná aktivita. Následuje návštěva u každého jednotlivého klienta, kde pracovníce chvíli posedí, zjistí jak je dnes senior nalazen, jaké má přání a tužby, co by chtěl dnes ve chvílích volna dělat, zda má nějaký svůj nápad. Poznatky od každého jednotlivého klienta jsou každý den zapisovány do denních aktivizačních listů (příloha V). Pokud seniory nenapadá, co by dnes chtěli dělat, tak pracovníce nabízejí návrhy, co by se dnes dalo realizovat. Ale vždy poslední slova při volbě, co se v konkrétní den bude dělat, má klient a pracovníci musí respektovat svobodnou vůli klienta a jeho svobodný názor. Proto je důležité

klienty vhodně motivovat, protože většina z nich by chtěla pouze odpočívat, což není u imobilních klientů vhodné, jelikož potřebují procvičit jak tělo, tak i duši. Po domluvě na plánu dnešního dne si sociální pracovnice naplňuje, kdo bude jaké aktivity provádět. Naplánované denní činnosti jsou také zaznamenávány do denních aktivizačních listů. Osoba, která má na starosti v ten den provádění žádaných aktivit s klientem, má ke každému klientovi zaveden aktivizační sešit, do kterého zapisuje po skončení každého dne postřehy, nálady či zapojení klienta do naplánovaných aktivit. Konkrétní činnosti, které jsou u seniorů prováděny jsou hlavně popovídání, hraní karet, nácvik jemné motoriky pomocí navlékání korálek, modelování z plastelíny, malování a výroby jednoduchých výrobků, dále je u klientů provozována muzikoterapie, trénování paměti, jsou jim čteny knihy, časopisy atd. K hodnocení rámcových individuálních plánů dochází cca 4 x do roka, kdy si s klientem a jeho rodinou popovídáme o tom, co se za zmiňovanou dobu událo, co se nám líbilo, co bychom chtěli změnit, jak bychom to mohli změnit. Výstup z tohoto rozhovoru je součástí rámcového individuálního plánu, ve kterém je vidět pokrok klienta, tak i jeho stagnace.

## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo nastínit různé přístupy a náhledy na individuální plánování a zjištění, které poznatky z teorie jsou nejvíc využívány při individuálním plánování v Domově pro seniory. Dále bylo cílem představit individuální plánování v praxi a poukázat na možná místa, která jsou hůře splnitelná z hlediska standardů kvality poskytování sociálních služeb.

Všechny teorie a náhledy na individuální plánování jsou postaveny na stejných základech. V úvodních fázích vytváření individuálních plánů klientů jsou vždy zjišťovány potřebné informace o klientovi, dle standardů jde o to zmapovat vnitřní zdroje a možnosti klienta, dle individuálního plánování zaměřeného na člověka je ve fázi mapování důležité zjistit tzv. osobní profil klienta a zanalyzovat potřeby klienta. Osobní profil klienta by měl být souhrn toho, co si klient představuje jako svůj život v určitých oblastech života. Úvodní fázi individuálního plánování z hlediska case managementu je mapování potřeb a silné stránky klienta a naplánování kroků, které je třeba podniknout ke zlepšení situace. U individuálního plánování – úcta k druhému člověku dle Klevetové je nezbytné získání potřebných informací o potřebách klienta, o zvyklostech, návycích, rituálech a specifických klientova života s cílem, aby klient po nastoupení do zařízení sociálních služeb nemusel měnit své navyklé rituály a zařízení se stalo pro něho příjemným místem k pobytu, kde se cítí spokojeně.

Další fází při plánování služeb je dle všech teorií vytvoření individuálního plánu, který je přesně šitý na míru klientovým potřebám a přáním, které mu mohou zpříjemnit život a pokračovat ve způsobu života na který byl senior zvyklý. Dle standardů kvality sociálních služeb je vhodné si průběh poskytování služeb zaznamenávat a to dle druhu poskytované služby.

Třetí fází, která je také téměř totožná u všech zjišťovaných teorií a náhledů na individuální plánování je realizace plánu a zjišťování výsledků, které by měl plán přinést. Součástí realizace plánu by měla být i zpětná vazba na vypracovaný individuální plán. Tato fáze je důležitá pro změnu či korekci individuálního plánu.

Při sestavování individuálního plánu s klientem je důležité si uvědomit, že názory a situace klienta, se mohou a budou postupem času měnit, tj. individuální plány jsou pouze krátkodobé a představují jakýsi „živý materiál“, který je postupem času většinou měněn a upravován dle aktuální situace a potřeb klienta nebo dle jeho nového náhledu na věc.

Při plánování péči v Centru sociálních služeb je využívána z teoretických základů nejvíce důkladné zjištění a posouzení klientových návyků, zvyků či rituálů, které měl před vstupem do zařízení. Důležité informace od klienta a jeho rodiny se získávají prostřednictvím

rozhovoru a vyplněním již zmiňovaného dotazníku. Důležitost je dále spatřována v častém kontaktu s rodinou a v rozdělení rolí při péči o seniora mezi ošetřující personál, sociální pracovnice, dobrovolníky a rodinu. V Centru sociálních služeb je individuální plánování realizována ve 3 krocích a to vypracování ošetřovatelského plánu, rehabilitačního plánu a aktivizační plán. Tyto 3 složky plánu bychom chtěli do budoucna spojit v jeden individuální plán, který by byl zaznamenáván jen do jedné dokumentace a bude vždy pohromadě. Zmiňované spojení roztržitých plánů, které leží na 3 místech, záleží na zlepšení komunikace mezi odděleními, jelikož je zatím velmi namáhavé a neschůdné propojení 3 různých pohledů na člověka. Uvědomuji si, že tento model není úplně ten nejlepší, ale v této době, kdy s individuálním plánováním začínáme, si myslím, že je dostačující. Vzhledem k dosavadnímu počtu klientů a tím, že oddělení s celodenní péčí v Centru sociálních služeb funguje teprve 1/2 roku, jsou nyní 3 složky plánu funkční každý sám za sebe. Ale není zde vytvořen komplexní plán, který by postihl život klienta v oblasti biopsychosociální, ale také duchovní. Z důvodu naplnění kvalitnosti poskytované sociální služby a standardu číslo 5, bude do budoucna nejefektivnější, když bude tým, který pracuje s klientem, zasedat vždy dohromady a ne jako nyní, po určitých odděleních, kdy každé oddělení má na starosti určitou část péče o seniora. Myslím si, že do budoucna by mohl vzniknout multidisciplinární tým, který by postihl plánování všech činností a aktivit, které jsou u seniora prováděny. Plnění standardu číslo 5 je u nás ztíženo již uvedenou skutečností a to tím, že místo jednoho komplexního plánu, jsou zde 3 specifické plány. Aktivizační plán volnočasových aktivit naplňuje první 4 kritéria, ke kterým jsou zpracována i vnitřní pravidla. Největší problém je, jak už jsem zmiňovala, s předáváním informací mezi jednotlivými pracovními úseky a tím pádem si myslím, že páté kritérium naše zařízení nenaplňuje.

Díky individuálnímu plánování si může senior a pracovníci zařízení už od počátku poskytování sociální služby vyjasnit své pochybnosti či důležité otázky. Na začátku spolupráce je třeba určit pravidla a rámec spolupráce, zjistit představy klienta o poskytované službě. Díky úvodním pohovorům o tom, co si klient představuje pod nabízenou sociální službou, jaká má očekávání, dokáže klient snáze přijmout nové podmínky a předchází se určitým nepříjemným nedorozuměním. Individuální plánování může pomoci seniorovi k lepší adaptaci na nové prostředí, do kterého přichází. Senior už od počátku ví, co ho čeká, je se vším seznámen, dle mého názoru má možnost si rychleji a příjemněji zvyknout a adaptovat se na nové situace, které vznikají při vstupu do pobytového zařízení.

Přínos práce je v tom, že pro Centrum sociálních služeb byly roztržitěné informace o individuálním plánování uspořádány do jednoho celku. Další přínos je v tom, že je práce

jakási přehledová studie o individuálním plánování, která není jen teoretická, ale ukazuje i praktickou stránku individuálního plánování.

## Seznam použitých zdrojů

- 1 BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN 690 ČSN ISO 69: část 2- Modely a příklady jednotlivých dokumentů*. [on line]. 2004, [cit. 11. 11. 2004]. Dostupné na www: <<http://www.boldis.cz/citace2.pdf>>.
- 2 *Dobrovolnická činnost – cesta k prohlubování lidskosti*. Seminář: Zdravotně sociální fakulta. České Budějovice, 7. 12. 2006.
- 3 GREGOR, O. *Stárnout to je kumšt*. Praha: Olympia, 1990. ISBN nevedeno.
- 4 GRUBEROVÁ, B. *Gerontologie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 1999. ISBN nevedeno.
- 5 CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN nevedeno.
- 6 JEDLIČKA, V. *Praktická gerontologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1991. ISBN nevedeno.
- 7 KLEVETOVÁ, D. Úcta k druhému člověku. *Sociální péče*, 2006, roč. neveden, č. 2, s. 12 – 14. ISSN 1213-2330.
- 8 KLEVETOVÁ, D. Úcta k druhému člověku. *Sociální péče*, 2006, roč. neveden, č. 3, s. 16 – 18. ISSN 1213-2330.
- 9 KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.
- 10 KRAMÁŘOVÁ, N. *Gerontopsychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN nevedeno.
- 11 KŘIVOHLAVÝ, J. a KACZMARCZYK, S. *Poslední úsek cesty*. Praha: Návrat domů, 1995. ISBN 80-85495.
- 12 KUBÍČKOVÁ, M. *Stáří jako životní šance*. Praha: Onyx, 1994. ISBN 80-85228-07-6.
- 13 MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- 14 MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- 15 MISCONIOVÁ, B. *Péče o umírající a hospicová péče*. Praha: Národní centrum domácí péče ČR, rok vydání neveden. ISBN nevedeno.
- 16 NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7.
- 17 NAKONEČNÝ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.



- 18 Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče. *Příloha časopisu Rezidenční péče*, 2006, roč. 2, č. 3, ISSN 1801-8718.
- 19 ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.
- 20 *Standardy kvality sociálních služeb* (2000): Projekt MPSV ČR, materiál k sociální konferenci. Praha, 29. květen 2000.
- 21 STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha, 2001. ISBN neuvedeno.
- 22 TUTKOVÁ, J. Komunikace sestry – pacient. *Časopis sestra* [on-line]. 2007, č. 1 [cit. 2007-01-10]. Dostupné na www: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?pgid=715>.>
- 23 VIDOVIČ, S. Otazníky ošetrovatelského procesu. *Florence*, 2007, roč. 3, č. 2, s. 84 – 85. ISSN 1801-464X.
- 24 *Vytváření individuálních plánů u seniorů*. Seminář: G-centrum. Tábor, 3. 4. 2007.
- 25 *Zákon o sociálních službách*. Seminář: Vzdělávací centrum pro veřejnou správu ČR. České Budějovice, 29. 3. 2007.
- 26 *Zákon č. 108/2006 Sb.* [on-line]. 2007. [cit.2006-03-31]. Ostrava: Nakladatelství Sagit. Dostupné na www: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?sn=y&hledany=108%2F2006&zdroj=sb06108&cd=3&typ=r>>

## **Seznam příloh**

- I. Sociální šetření u klientů samostatných bytových jednotek
- II. Ošetrovatelský plán klienta oddělení s celodenní péčí
- III. Dotazník pro seniora a rodinu (oddělení s celodenní péčí)
- IV. Týdenní aktivizační plán
- V. Rámcové individuální plány volnočasových aktivit
- VI. Denní aktivizační list

### **Sociální šetření**

Jméno, příjmení:

Datum narození:

Pokoj č.:

Jaké jsou vaše koníčky?

Jak byste rád/a trávil/a volný čas zde v Domově pro seniory?

O jaké kroužky budete mít zájem:

- tvořivé ruce
- karty
- muzikoterapie
- trénování paměti
- čtení
- skupinové cvičení

O jaké besedy byste měl/a zájem?

( o bylinách, o myslivectví, včelařství, s lékaři...)

Víte o nějaké osobě, která by byla ochotna zde uspořádat zajímavou přednášku?

O jaké výlety byste měl/a zájem?

Co bychom pro Vás mohli udělat, abyste se zde cítil příjemně a spokojeně?

Máte nějaká zdravotní omezení, která by Vám bránila ve využívání volnočasových aktivit v Domově pro seniory?

Máte nějaké obavy z pobytu v Domově pro seniory?

<b>Jméno a příjmení:</b>			
<b>Ošetrovatelská diagnóza</b>	<b>Cíl</b>	<b>Ošetrovatelská intervence</b>	<b>Hodnocení</b>
Bolest	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sledování bolesti - klientka chápe příčiny vzniku bolesti a je schopna mji sledovat</li> <li>• klidný spánek</li> <li>• bolest odstanit nebo alespoň zmírnit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vytvořit vztah vzájemné důvěry a věřit klientce při její výpovědi o bolesti</li> <li>• akceptovat a vnímat bolest tak, jak ji vnímá klient</li> <li>• zjistit lokalizaci bolesti, její charakter a změnu</li> <li>• hodnotit intenzitu bolesti podle stupnic</li> <li>• podat léky proti bolesti v pevných časových intervalech</li> <li>• pomáhat klientovi měnit polohu na lůžku a zajistit mu pohodlí</li> </ul>	Odvracení vzniku bolesti (polohování, analgetika)
Imobilizační syndrom	<ul style="list-style-type: none"> <li>• čistá, neporušená, hydratovaná kůže</li> <li>• zachovat hybnost končetin, kloubů, zachování svalové hmotnosti končetin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pravidelné polohování klientky po 2-3 hodinách, antidekubitární péče, udržování čistoty pokožky</li> <li>• nácvik soběstačnosti</li> <li>• aktivní a pasivní cvičení na lůžku, pozvolné změny poloh</li> <li>• správná výživa a příjem tekutin</li> <li>• zájmová a aktivizační činnost</li> <li>• spolupráce s rodinou</li> </ul>	Každodenní rehabilitací byla klientka zlepšena, snadno zvládá chůzi na chodítku

Infekce - riziko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• předcházet vzniku případných infekcí</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dodržovat aseptický postup při převazech</li> <li>• zajistit adekvátní péči o kůži</li> <li>• ošetřovat predilekční místa vzniku dekubitů</li> <li>• chránit klienta před nosokomiální infekcí</li> <li>• dodržovat postup při ošetřování jednotlivých klientů (omývání rukou), používat sterilní pomůcky</li> </ul>	Klient chápe nutnost dodržování hygieny, dostatek tekutin
Kůže - porucha celistvosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neporušená, dostatečně prokrvená, vyživená a hydratovaná kůže</li> <li>• nepociťovat bolest (nebo alespoň na hranici únosnosti)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zjistit příčinu patolog. kožních projevů</li> <li>• popisovat kožní lézi - velikost, tvar, vzhled, okolí defektu, hloubka, sekrece, zápach, přítomnost infekce</li> <li>• hodnotit stav výživy kůže a stupeň rizika vzniku dekubitů</li> <li>• denně kontrolovat kůži, zvláště postižená a ohrožená místa</li> <li>• sledovat proces hojení ran</li> </ul>	Klientka bez poruchy celistvosti kůže, pouze při příchodu z ONP měla na obou patách dekubity – výrazné zlepšení
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• udržovat kůži v okolí rány v čistotě a suchu</li> <li>• zachovat zásady asepse při ošetřování</li> <li>• zajistit dostatečnou výživu obohacenou o bílkoviny</li> <li>• dodržovat u klienta pitný režim</li> <li>• provádět pravidelné polohování po 2-3 hodinách ve dne i v noci</li> <li>• informovat klienta o nutnosti změny polohy</li> </ul>	Podávání tekutin kvůli pružnosti kůže, dekubity na patách obou nohou výrazně zlepšeny
Inkontinence moče - noční pomočování	<ul style="list-style-type: none"> <li>• upravit životní prostředí tak, aby vyhovovalo individuálním potřebám klienta</li> <li>• zabezpečit rovnováhu mezi příjmem a výdejem tekutin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zajistit klientce prostředek signalizace - zvonek</li> <li>• informovat klientku aby snížila příjem tekutin před spaním</li> <li>• naučit klientku posilovat svaly dna pánevního a svaly močového měchýře</li> </ul>	Přes den paní volá ošetřující personál kvůli potřebě na WC, na noc používá pleny
Pohyblivost - porucha tělesné hybnosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• klient musí znát svou situaci, vyvolávající příčinu</li> <li>• dodržovat bezpečnostní opatření proti pádům</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• určit rozsah imobility dle používání klasifikace</li> <li>• předcházet vzniku komplikací, které vznikají v důsledku imobility</li> <li>• monitorovat bolest klienta</li> </ul>	Zlepšení hybnosti, chodí s dopomocí chodítka, sama se snaží cvičit na lůžku

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• udržovat správnou polohu těla a umět využít správnou mechaniku pohybu při změně polohy těla</li> <li>• umět se sám posadit na lůžku bez pomoci</li> <li>• dosáhnout co nejlepší kvality života</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zajistit vhodnou a pohodlnou polohu klienta</li> <li>• seznámit klienta s možností používání pomůcek, které usnadňují udržování i změnu polohy</li> <li>• pečovat o kůži klienta, zajistit prevenci dekubitů</li> <li>• vhodně vybízet klienta ke cvičení</li> <li>• vést klienta k alespoň částečné soběstačnosti</li> <li>• pečovat o bezpečnost klientu - zabránit pádu z lůžka</li> </ul>	
--	--	--	--

Intervence zdrav. personálu indikované lékařem: ošetření pokožky sakrální krajiny denně vč. so+ne - prevence dekubitů

aktivní a pasivní cvičení denně vč. so+ne

apl. léků 4x den. vč. so+ne

ošetření dekubitů pat obou DK dle potřeby vč. so+ne

měření TK, P 1x týdně

polohování po 2-3 hod. denně vč. so+ne, 24 hod. denně

Odůvodnění: st. po CMP, velice omezená pohyblivost, stáří, oční choroba - velice špatně vidí

Sohlas ošetřujícího lékaře s ošetř. plánem:

**Dotazník pro seniora a jeho rodinu** – *oddělení s celodenní péčí*

Jméno a příjmení

Datum narození

Kde jste dosud pobýval?

Jak vypadal Váš běžný den?

Jaké je vaše životní povolání?

Jaké jsou nebo byly vaše koníčky?

Máte nějaká specifika :

- při jídle (u stolu, s ostatními obyvateli, pouze lžící, nakrájené)
  
- při oblékání (domácí oblečení nebo ustrojené)
  
- při usínání (při TV, tichu)
  
- osobní hygieně (sám, s dopomocí, na lůžku)
  
- vyprazdňování (pleny, moč. lahev)

Máte nějaké další zvyklosti, rituály během dne, které jste ještě neuvedl/a?

Co můžeme pro Vás udělat, abyste se u nás cítil spokojeně?

**Aktivizace – volnočasové aktivity**

*Příloha IV*

Týdenní návrh Volnočas. aktivit	Pondělí		Úterý		Středa		Čtvrtek		Pátek	
	Dopo10-12	Odpo13-15	Dopo10-12	Odpo13-15	Dopo10-12	Odpo13-15	Dopo10-12	Odpo13-15	Dopo10-12	Odpo13-15

S-společná aktivita v klubovně I - individuální aktivita na pokoji

Skup. cvičení - PO, ST, PÁ - od 9:30

Předčítání knih - ÚT - od 9:30

Čaje - 1x14 dní - 15-18 hodin

Volnočasové aktivity:

čtení            povídání      karty

hudba            ruční práce    čaje-hudba

paměť           skup.cv.        procházka venku



## INDIVIDUÁLNÍ PLÁN PÉČE

Jméno, příjmení: Datum narození:

Zúčastněné osoby:

Datum: **3. 11. 2006**

Popis současného stavu: K. byl ubytován v Prácheňském sanatoriu, do CSS nastoupil dne 16. 10. 2006. K. je imobilní, orientovaný, psychicky dobře lazený. K. má permanentní močový katetr, je třeba dávat pozor při manipulaci, aby se nevytrhl.

K. denně navštěvuje rodina. K. by rád navštěvoval hudební představení pořádané v CSS.

Osobní cíle klienta: K. by chtěl pouze odpočívat, tak jsme mu vysvětlili, že mu chceme pobyt tady zpříjemnit. K. by měl zájem o hraní karet, předčítání knih a o poslech hudby.

U K. jsou 5x týdně prováděny rehabilitační úkony. Další aktivizace je u klienta prováděna dle aktuální situace a přání.

6.12.2006 – K. pohyblivost se díky rehabilitačním úkonům mírně zlepšuje, K. je už schopen se posadit, bolesti nohou se snížili, K. už nebolí nohy na dotek. Prac. soc. péče navštěvuje K. obden, povídá si s ním, předčítá mu knihy. V případě nemoci rehabilitační pracovnice , provádí nácvik lokomoce (chození s chodítkem či holemi) prac. soc. péče. K. si pochvaluje jídlo, nic by na tom neměnil, K. nám vypráví, že tady moc dobře vaříme, protože v Prácheňském sanatoriu, ze kterého k nám přišel, jedli pořád jen krupicové kaše a proto je zde nadšený. K. byl u vytržení, když dostal k obědu mleté maso, knedlíky a zelí a moc si pochvaloval, že už to hrozně dlouho nejedl.

12. 2. 2007 – K. hybnost se neustále vylepšuje, díky pravidelné a důsledné rehabilitaci. K. už se i na nohy postaví a udělá s oporou pár kroků. K. navštěvuje každý den soc. prac. a pr. soc. péče a zjišťují jeho přání, K. si velmi rád povídá, vypráví o svém životě, o svých láskách, rodině, manželce. K. si velmi oblíbil prac. soc. péče, která ho navštěvuje a vyžaduje, aby k němu chodila každý den a předčítala články z novin, které mu přinese rodina. K. už nechce předčítat knihy, protože to co se přečte, si už druhý den moc nepamatuje a proto prac. soc. péče zvolila radši předčítání článků z novin.

S rodinou je velmi dobrá komunikace, dcera za námi chodí cca 2x do měsíce, zda něco pro K. nepotřebujeme, zda nejsou nějaké problémy. Byli jsme K. přát ke svátku, K. byl velmi

nadšen. Poseděli jsme s ním a popovídali, vypili kávu. Dále je K. 2x do týdne pouštěna hudba, má nejradši dechovky. 1x za 14 dnů jsou v zařízení pořádány tzv. čaje jako za mlada, kde hraje hudba k poslechu i tanci, K. si přeje, abychom ho vždy ustrojili a odvezli na čaje a on tam vždy tak hodinu vydrží a poslouchá hudbu. Na tyto odpoledne s ním chodí i rodina.

## INDIVIDUÁLNÍ PLÁNY

Jméno, příjmení: Datum narození

Zúčastněné osoby:

Popis současného stavu: K. byla přijata z ONP, je imobilní, postaví se pouze s dopomocí, má špatné klouby a páteř. K. bydlela u neteře, ale zdravotní stav se zhoršil a neteř se nemůže o ní starat z důvodu pracovního vytížení. S neteří je velmi dobrá spolupráce, chodí za K. každý druhý den, K. má i časté návštěvy ostatních rodinných příslušníků. S K. se velmi dobře spolupracuje, je usměvavá a upovídaná a má ohromnou energii a elán do dalšího života. → 6.12.2007

**Osobní cíle klienta:** K. měla velký zájem o rehabilitační úkony, hlavně o chození s dopomocí chodítka, nácvik jemné motoriky a její procvičování. K. řekli v nemocnici, že se už nikdy na nohy nepostaví a ona má tak silnou vůli, že chce s dopomocí pravidelné rehabilitace ještě jednou v životě chodit. K. má dále zájem o čtení, ale jen občas, protože si většinou ještě čte sama. Dále by klientku potěšilo, kdyby mohla poslouchat hudbu a velmi ráda si s někým povídá.

**1. 3. 2007** U K. jsou prováděny každý den rehabilitační úkony, 5x týdně se s K. cvičí a 7x týdně se s K. chodí. Další aktivizace jsou u klientky prováděny na základě přání, která jsou každý pracovní den ráno zjišťována sociální pracovníci a pracovníci sociální péče.

Klientka má ohromnou vůli, v nemocnici jí řekli, že se už nikdy nepostaví na nohy, ale ona se za 3 měsíce pobytu v CSS, díky své vůli a péči naučila chodit s dopomocí chodítka, je zde velmi ráda, protože je na dvoulůžkovém pokoji a tím pádem bylo splněno její největší přání, že by nechtěla být sama a chtěla by si s někým povídat.

Ke K. chodí soc. pracovníce a prac. soc.péče předčítat knihy, povídat si a poslouchat hudbu. K. jsme navštívili i v rámci mikulášské besídky s čerty a mikulášem a také v rámci masopustu jsme zde byli i s maskami. Kulturních akcí na jídelně se nemůže klientka účastnit, jelikož se nemůže posadit, tak se na akce může jen na chvíli přijít podívat, ale poté si musí lehnout, proto při akcích vždy za ní chodíme, abychom jí alespoň trochu potěšili.

K. připravujeme na to, že až bude venku hezky, tak že začneme jezdit ven na projížďky na kolečkových křeslech. K. se velmi těší, protože poslední léta trávila pouze na lůžku a nebyla velmi dlouho venku na čerstvém vzduchu. Protože K. pochází z vesnice, velice se jí stýská po procházkách venku.

**Denní aktivizační list***Příloha VI*

<b>Datum a jméno</b>	<b>Stav klienta</b>	<b>Přání a aktivity, které budou probíhat</b>
<b>10. 3. 2007</b>		

## **Abstrakt**

FLEISCHHACKEROVÁ, P. *Individuální plánování u seniorů v Centru sociálních služeb*. České Budějovice 2007. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce Mgr. Markéta Elichová, Ph.D.

**Klíčové pojmy:** senioři, individuální plánování, centrum sociálních služeb, komunikace se seniory, aktivizace

Práce se zabývá teoretickými východisky pro individuální plánování a zaváděním těchto teorií do praxe. Teoretická část charakterizuje specifika senia, způsoby komunikace se seniory a různé pohledy na individuální plánování.

Praktická část obsahuje charakteristiku individuálního plánování v Centru sociálních služeb Staroměstská. Centrum sociálních služeb je příspěvková organizace Statutárního města České Budějovice a poskytuje sociální služby seniorům z Českých Budějovic. Individuální plánování v Centru sociálních služeb je realizováno prostřednictvím ošetrovatelského, rehabilitačního a aktivizačního plánu.

## **Abstrakt**

### **Individual planning by senior in Centrum sociálních služeb**

**Key terms:** seniors, individual planning, centrum sociálních služeb, communication with seniors, free-time activities

The work deals with the theoretical resources to individual planning and implementing these theories in experience. The first part characterises the specifications old peoples, method of communications with seniors and various views of individual planning.

In the practical part there is a description of individual planning in Centrum sociálních služeb Staroměstská. Centrum sociálních služeb is allowance organization by the Statutární město České Budějovice and provide social services for senior from České Budějovice. Individual planning in Centrum sociálních služeb Staroměstská is realize by means of treating, rehabilitative and activating plan.