

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Význam pečovatelské služby u seniorů s duševním onemocněním
(neuróza a deprese)**

Vedoucí práce : Mgr. Šimečková Jana

Vypracovala : Dohnalová Helena 3 SChP KS

Obor : Sociální a charitativní práce

Ročník : Třetí

2007

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala s využitím uvedených pramenů a 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.

Dne 1.6.2007

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr.Šimečkové, že se ujala metodického vedení mé práce, za její cenné rady a připomínky.

Dále bych chtěla poděkovat vedoucím pracovnícím v Pečovatelské službě Městské charity p. Irmě Zemkové a p. Radce Pohankové, že mi umožnily docházet k uživatelům a podpořily mne v uskutečnění průzkumu.

Obsah

1. Senioři	5
1.1. Stáří.....	5
1.2. Změny ve stáří.....	7
1.3. Potřeby seniorů.....	8
1.3.1. Potřeba sociálního kontaktu.....	8
1.3.2. Komunikace.....	8
1.3.3. Postoj k normám chování.....	8
1.3.4. Sociální role	8
1.3.5. Stáří a víra.....	9
2. Smysl života	10
2.1. Duchovní rozvoj.....	11
2.2. Duchovní síla víry.....	11
3. Duševní onemocnění	12
3.1. Neuróza, druhy, léčení.....	12
3.1.1. Seberealizace a neuróza.....	13
3.2. Deprese, druhy, léčení.....	14
3.2.1. Léčba.....	16
3.2.2. Deprese v pozdním věku.....	17
3.2.3. Depresivní myšlenky.....	20
..	
4. Sociální služby	23
4.1. Nový zákon o sociálních službách.....	23
4.2. Domácí péče, terénní soc. služby.....	25
4.3. Podmínky zavedení služby.....	27
4.4. Sociální učení.....	29
5. Rozšířené činnosti pečovatele	31
5.1. Krizová intervence	31
5.2. Komunikace.....	34
5.3. Rady.....	35
5.4. Prevence duševních poruch ve stáří.....	36
6. Průzkum klientely MCH	37
6.1. Cíl a předmět výzkumu.....	37
6.2. Metodika výzkumu.....	37
6.3. Harmonogram.....	37
6.4. Hypotéza.....	38
6.5. Otázky.....	38
6.6. Výsledky průzkumu.....	39
Seznam literatury.....	41
Abstrakt.....	43
Abstract.....	44

1. Senioři

Každý člověk je jedinečný a jeho individualita přetrvává do stáří. Přístup k jedinci musí být i ve stáří individuální. Každý kontakt s klientem vyššího věku by měl posilovat jeho sebeúctu, přispívat ke zvyšování pocitu bezpečí a jistoty, podporovat pozitivní perspektivy a pozitivní sebedojetí jedince. Senioři jsou konfrontováni s řadou ztrát. To může vést ke snížení jejich sebehodnocení a celkovému znejistění. Je třeba, aby jejich okolí působilo v opačném směru a posilovalo uvedené hodnoty.¹

V mé práci pečovatelky se často setkávám se seniory psychicky deprivovanými. Nedovedu určit jejich konkrétní diagnózu, ani nemám právo nahlédnout do jejich materiálů a jejich diagnózu zjišťovat. Mnoho z nich nahlas hovoří o smrti a o možnosti rozhodovat o svém dalším počínání. Mám v sobě pocit zodpovědnosti při dialogu s nimi, a považuji za úspěch, když se mi podaří je trochu potěšit, někdy trochu rozesmát.

1.1. Stáří

Pod pojmem stárnutí se zpravidla rozumí souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a které kulminují v terminálním stádiu a ve smrti. Biologické stárnutí lze pozorovat ve všech tkáních a buňkách. Některé novější studie ukazují, že značnou roli v procesu snížení aktivity hraje hlavně změna sociální situace. Zhoršuje se *smyslové vnímání* (zrak – je možné zlepšit brýlemi, sluch – možnost naslouchadel), *paměť* (především nové události si nepamatují, staré události mívají často zkreslené). Klesá *inteligence* měřená běžnými IQ testy. *Afektivní prožívání* nabývá jiných kvality, snižuje se intenzita emocí. Mnoho záleží na hodnotové orientaci každého člověka – pro mnohé je delší život příležitostí k tomu, aby přehodnotil svůj dosavadní život a dosáhl nového porozumění smyslu svých činů. Taková moudrost je však založena na celkové integritě osobnosti každého člověka a není zdaleka dosahována u všech lidí vysokého věku. Čím je člověk starší, tím je víc soustředěnější na sebe a své problémy. Osud jiných lidí je jim vzdálenější a jejich vlastní přecitlivělost může být vystupňována až v převládající hypochondrii. Takový postoj často ztěžuje soužití starých lidí v domovech důchodců.

¹ KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*, Č. Budějovice: 2. vyd. JU ZSF, 2005.

Úkolem psychoterapeutické práce v ústavních zařízeních by proto mělo být i vyvedení starých lidí z jejich sebesoustředění a překonání pocitu osamění. Právě život v domovech důchodců ukazuje na rozdíl mezi reálnou izolací a subjektivním pocitem opuštěnosti, osamocení a ztráty významných citových vztahů – tedy citovým strádáním².

Postoj současné společnosti ke stáří a starým lidem je spíše negativní. Stáří je chápáno jako období, kdy může člověk pouze chátrat³.

Jeho zkušenosti i kompetence ztrácejí význam. Pro společnost není takový člověk ničím přínosný. Z hlediska naší společnosti je stáří silně znevýhodněno. Stáří je obdobím ztrát, celkového úpadku a zhoršené kvality života. Společnost má tendenci staré lidi izolovat, aby nezdržovali a nepřekáželi. Ale stáří má svůj specifický význam. Jeho hlavním úkolem je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Dosažení integrity se projevuje přijetím svého života, jako celku a pochopením jeho smyslu. Starý člověk potřebuje hodnotit svůj život pozitivně, jako celé dílo, aby mohl přijmout i jeho konec. Potřebuje se vyrovnat s životem i smrtí, jako s nevyhnutelným důsledkem. *Stáří není samo o sobě chorobou ví má ve stáří jiné dimenze. Za zdravého lze považovat člověka, který netrpí žádnou zjevnou chorobou, necítí se nemocen a je soběstačný³.*

Průběh stárnutí může být značně odlišný, zvláště v případech, kdy člověk prodělal nějakou chorobu, nebo několik, a trpí následky této nemoci (např. omezená pohyblivost po zlomenině některé končetiny, po operaci páteře, po mozkové mrtvici nebo po infarktu...) i když je fakticky zdrav.

V průběhu stáří dochází k mnoha změnám, přesto je mnoho starších spokojeno v prostředí kde jsou zvyklí. Nechtějí opustit svůj domov, nechtějí se stěhovat ani k dětem. Jejich schopnost, žít sám, je omezena jen částečně. Odejít do domova důchodců je pro ně nepřiměřená situace, kdy ztrácí zázemí, známé teritorium a s ním spojenou identitu. Potvrzuje jim to ztrátu autonomie a soběstačnosti. Může to pro ně též znamenat signál blížícího se konce života. Oni potřebují jistotu a bezpečí v soukromí vlastního domova, který představoval tuto jistotu vždy, potřebují se nějak realizovat a zároveň je pro ně důležitý sociální kontakt.

² LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: GRADA PUBLISHING, 1998.

³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2000.

1.2. Změny ve stáří⁴

Tělesná involuce - začíná probíhat rychleji,

- zvětšuje se křehkost kostí
- dochází k atrofii svalů
- snižuje se vitální kapacita plic
- zuby přestávají sloužit
- oči jsou citlivější na světlo (až k slepotě)
- sluch se zhoršuje (nedoslýchavost častá)
- nebezpečí obezity, učí se méně jíst, ale hodnotněji

Duševní involuce - těžko se odlišují změny dané věkem od duševní poruchy

- duševní činnost je zpomalena
- zvyšuje se opatrnost
- špatně snáší změny
- pocity méněcennosti („Tohle už nedokážu.“)
- snížení zájmu o okolí až netečnost
- životní únava
- méně intenzivní emoční prožívání

Psychická involuce - chápeme jako demontáž osobnosti

- zjednodušování osobnosti
- zhoršování paměti a postřehu
- snížení odolnosti ke stresu
- kombinace s psychickými poruchami
- vyskytují se psychogenní neurozy (následky ztrát, bezbrannosti, citlivosti a zranitelnosti...)

Psychosomatické poruchy - lze je léčit, někdy i vyléčit

- často se mění osobnost (hysterické osobnosti se zklidňují ..)
- častá podezřívavost až paranoia
- typická porucha je demence
- přibývají deprese (někdy lze léčit, ale přibývá počet dokonalých sebevražd)

⁴ ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha : PORTÁL, 2004.

Můžeme se opřít pouze o to, že ve stáří jsou (a budou) na tom všichni relativně stejně, není třeba sebou pohrdat nebo se posmívat sám sobě. Náš úkol je naučit se stárnout důstojně, bez nařikání a bez otrávenosti, nejlépe s humorem.

Staří lidé bývají ve větší míře izolováni ve svém soukromí. Dochází k větší koncentraci na sebe, respektive na rodinu eventuelně na nejbližší známé. A když jsou úplně sami.....?

1.3. Potřeby ve stáří

1.3.1. Potřeba sociálního kontaktu

Staří lidé, kteří žijí sami, hledají dostupné způsoby, jak se vyhnout samotě a opuštěnosti, nebo jak se s ní vyrovnat. Značný význam mají lidé v sousedství. Další důležitý prostředek je telefon. Náhradním společníkem může být pes nebo kočka. Televize a rozhlas též nabízí jakousi náhradní společnost.

1.3.2. Komunikace

Vzájemné dorozumívání je součástí sociálního kontaktu. Komunikace starých lidí má však některá úskalí, jimiž je nutno čelit. Patří sem například nedoslýchavost, která vede člověka k vyhýbání se společnosti. Člověk se stydí za to, že všemu nerozumí, také ho rozhovor značně unavuje. Dalším typickým problémem je pomalost ve vyjadřování. Často staří trpí poruchami paměti a těžko si vybavují některé výrazy. Navíc mají tendenci svoje sdělení opakovat. Komunikace se skupinou je mnohem obtížnější než hovor s jednotlivcem. Mívají tendenci komunikovat prostřednictvím tělesných potíží, neznají jiný způsob, jak upoutat pozornost ke svojí osobě.

1.3.3. Postoj k normám chování

Staří lidé odmítají změny i v oblasti hodnot a norem. Bývají značně konzervativní, jsou jako děti. Jakmile by měli vidět problém z pozice jiné osoby, zvyšuje se jejich úzkost a omezují se jejich rozumové kompetence.

1.3.4. Sociální role

Změny rolí, které jsou typické pro stáří (odchod do důchodu, ztráta partnera, nemoc...), vedou ke stále větší anonymitě a závislosti starého člověka na společnosti. Významné minulé role zůstávají součástí identity, i když jen ve vzpomínkách. Pro staré lidi je důležité najít nové vztahy a realizovat se v nich (např. vnoučata, nebo nový partner, či přítel..)⁵.

⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2000.

1.3.5. Stáří a víra

Význam náboženství, respektive duchovnosti, může pomoci starému člověku od osamělosti⁶.

Víra v sílu modlitby umožňuje i fyzicky nemocnému, aby se podílel na úsilí o dosažení různých cílů. Osobní víra mírní a pomáhá nést nejrůznější těžkosti, opuštěnost, bolest úzkost, strach ze smrti... Náboženská víra se může stát jedinečnou pomocí v hledání integrity, může pomoci harmonizovat vztahy, prohloubit porozumění pro problémy a různá selhání...

Může též přinášet i různá negativa. Například ustrašené moralizování, které vychází z nevědomosti. Může trpět jeho radost ze života, protože vlastně nic nedělá a neví, že už si to může dovolit.

⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2000.

2. Smysl života

Lidský život měl smysl, jestliže přinesl na svět trochu lásky a dobra. Alfred Delp

„*Abychom mohli umřít, musíme napřed žít*“: říká jedna babička, klientka pečovatelské služby, která už nevychází z bytu, dá jí dost práce přejít malou garsonku. Je jí 92 let, jediný syn žije na druhé polokouli naší země, v 63ti letech se rozvedla.

Každý člověk by měl mít nějaký svůj smysl života, něco pro co se vyplatí žít. Někteří lidé v průběhu svého života tento smysl však ztrácejí. Někomu například zemřou jeho děti a jeho vnitřní já mu napoví, že ony byly jediné, na čem mu vlastně záleželo, tak proč dál pokračovat v žití, když už vlastně nemá proč. Smysl ztrácí také lidé, kteří trpí nevyléčitelnými chorobami či jsou nějak vážně tělesně postiženi. Jsou mezi nimi samozřejmě tací, kteří chtějí bojovat a žít co nejdéle⁷.

A co je ale společného na každé lidské existenci? Touha po štěstí a hledání způsobů, jak překonat bolest a utrpení jsou společné všem lidem.

Co však je ono štěstí, po němž člověk prahne? Štěstí je to, v co každý člověk věří, že jím je.

Je zcela jasné, že jsme položili důraz na skutečnost, že lidé hledají to, co považují za štěstí. Člověk spíše než nějaký hmatatelný předmět hledá určitý duševní stav.

Tento směr k budoucnosti je nanejvýš důležitý, protože jak už bylo řečeno, přeruší-li se cesta představivosti, cesta projektů, cesta k budoucnosti, lidská existence ztratí směr; a právě v tom tví nekonečný zdroj utrpení.

Všem je zcela jasné, že největším utrpením, spojeným s budoucností, je smrt. Je jasné, že v perspektivě smrti lidský život může mít pouze povahu provizorní události.

Zeptáme-li se někoho, jaký je smysl jeho života, velice pravděpodobně nám odpoví, že spočívá v jeho rodině, jeho bližních nebo v záležitostech, které podle něho jeho existenci zdůvodňují. Právě tyto významy takovému člověku poskytují směr, jímž se ubírá, a umožňují mu žít. Stačí však, aby se objevil nějaký problém s lidmi, kteří jsou mu drazí, nebo aby mu záležitost, na které mu záleží, způsobila zklamání. Smysl jeho života se vytrácí přichází dezorientace, která se často mění v depresi⁸.

⁷ MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*, 3.vyd., Praha: AKROPOLIS, 2004.

⁸ „Úvahy o smyslu života“ [on-line] Dostupné na www.humanisti.cz [cit. 8.5.2007]

2.1. Duchovní rozvoj

Není předmětem mé práce rozbor bible, nebo různých druhů náboženství..., ale chci zdůraznit, že víra je velmi důležitá a schopna přenést člověka přes úskalí neurózy a depresivních stavů.

S tímto názorem se ztotožňuje mnoho lidí, protože předpokládají, že když se dostaneme k podstatě věci, jsou všechna náboženství vlastně stejná. *Když dovolíme, aby každé náboženství hovořilo samo za sebe, zjistíme, že se od sebe jednotlivá světová náboženství liší svým pojetím Boha, pravdy, reality, základního problému člověka a jeho řešení*⁹.

Náboženství sama o sobě jsou hlubokou filosofií. Víra je něco jiného, náboženství je možná cesta, může to být i volba, rozhodnutí v životě jedince.

2.2. Duchovní síla víry

Všeobecné mínění, že víra souvisí jen s náboženskými aspekty života, není pravdivé, uvážíme-li, že pravda je relativní.

Víra ovlivňuje naše zdraví, myšlenky, pocity, činy i celý průběh našeho života. Víra je souhrn poznatků a zkušeností, trpělivosti i vytrvalosti. Víra dovede hory přenášet a vést člověka k neuvěřitelným hrdinským, vědeckým a uměleckým činům. *Duchovní síla víry značí cestu vzhůru. Opravdová víra není čtení nebo odříkávání textů, nýbrž obroda, očista myšlenek, představ, slov i činů. Víra vychází z podstaty dobra, z lásky k bližnímu i k veškeré existenci vesmíru*¹⁰.

Nemusíme věřit v Boha, ale věříme, že rozpoznáme dobro a zlo, nebe a peklo, jing a jang... Protože věříme ve spravedlnost, v rodinu, v něco moudrého, v energii..

*Náboženství hovoří o vztahu, postoji, poznání a zkušenosti z účasti. Nemá morálka tytéž základy? Mnoho seniorů hledá dobro, lásku, spravedlnost. Pojmy zlý, špatný označuje věci a pojmy podle něj nežádoucí, takové které by vůbec neměly být. Člověk neustále zápasí se skutečností*¹¹.

⁹ „Důležité otázky života“ [on-line] Dostupné na www.znateho.cz [cit. 25.4.2007]

¹⁰ KAŠPARCOVÁ, P. *Světlo v nás*, vyd.1.Liberec: SANTAL, 1995.

¹¹ DETHLEFSEN, T. *Znovuzrození*, vyd.n. Praha: PRAGMA, 1997.

3. Duševní onemocnění u seniorů

Život, znamená žít takovým způsobem, aby se člověk nebál ani smrti, ani ničeho jiného.

Terezie z Avily

3.1. Neuróza je duševním onemocněním, při kterém pacient zažívá stavy úzkosti. Tento stav je vykládán jako duševní nerovnováha, způsobující psychický stres neboli duševní tíseň. Nenarušuje však schopnost racionálního myšlení. Emoční tíseň se projevuje ve fyziologické a duševní nerovnováze. Je subjektivně pocíťována bez poškození organismu¹².

Mírné obavy, úzkost a strach přiměřené situaci jsou zcela normální a prožívá je v životě každý. Jsou důležité, pokud nepřerostou určitou míru. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu je těžké přesněji definovat. Je to pocit, jako by se něco ohrožujícího mělo stát, ale ohrožený si vlastně neuvědomuje, co by to vlastně mělo být. Je ve stavu připravenosti na nebezpečí (k čemuž primárně úzkost slouží, strach je pak reakcí na rozpoznané nebezpečí). Úzkost a strach mají pro zdravý organismus adaptivní funkci, vyostřují smysly, mobilizují energii a pomáhají organismu ubránit se, utéct, nebo se vyhnout, když hrozí nebezpečí. Tyto reakce jsou komplexní, jsou spojené jak s tělesnými reakcemi (zrychlení tepu, dechu, zvýšení krevního tlaku, napětí svalů, zvýšená sekrece potu, suchost sliznic...), tak s kognitivními reakcemi (zaměření pozornosti na podnět, zrychlení a zjednodušení myšlení, obavy, starosti...). Komplexní program, který začíná úzkostí, slouží ke kontrole a odvrácení nebezpečí¹³.

Neurózy mohou mít různé *příčiny* (silný otřes, dlouhodobé působení traumatických vlivů...), existuje několik *druhů* neuróz (fobie, hypochondrie, hysterie, úzkostné poruchy...), a mohou se různě *projevovat* (často jako zlozvyky – okusování nehtů, tiky, grimasy, bolest hlavy...).

Úzkostná porucha je charakteristická nadměrnými, nekontrolovatelnými obavami a úzkostmi, které se většinou týkají běžných denních záležitostí. Frekvence, trvání a intenzita úzkosti je nepřiměřená zdroji obav. Lidé trpící touto poruchou se obávají o finanční situaci, o své zdraví, zda přijde pečovatelka... Mohou pocíťovat úzkost i z méně závažných věcí, jako je čas příchodu pečovatelky, zda přijde ta pravá...

¹² „Úzkostné poruchy“ [on-line] Dostupné na <http://cs.wikipedia.org> [cit. 22.3.2007]

¹³ „Depresivní poruchy“ [on-line] Dostupné na www.stopstigmapsychiatrie.cz [cit. 23.3.2007]

- Diagnostika neurózy - obavy týkající se několika věcí a trvají neustále po dobu šesti měsíců
- nervozita
 - neklid
 - napětí
 - podrážděnost
 - snadná unavitelnost
 - potíže s koncentrací
 - vznětlivost
 - přecitlivělost
 - svalové napětí
 - poruchy spánku
 - popřípadě další tělesné příznaky úzkosti
 - úzkost, obavy nebo fyzické příznaky závažně zasahují do každodenního života a nejsou způsobeny jinou poruchou

3.1.2. Seberealizace a neuróza

Celý život provází člověka snaha o seberealizaci. Dle Karen Horneyové je problém v tom, že si člověk idealizuje sám sebe. V honbě za úspěchem a seberealizací dochází vlastně k sebeidealizaci. Člověk v interakcích a ve zdravých mezilidských vztazích má náklonnost se podvolovat, schopnost bojovat nebo se držet zpátky. Tyto vzájemně se doplňující schopnosti jsou nezbytné pro dobré mezilidské vztahy. Kdo však trpí základní úzkostí stává se strnulým nebo jde do extrému. Stále častěji řeší konflikty, hledá úplnější integraci do společnosti. Sebedůvěru hledá poměrně zoufale, nebo hledá její náhražku. Tak počíná odcizení se sám sobě. Nejen, že zamezil zdravému vývoji, ale má potřebu nalézat umělé cesty a potlačovat své city, přání a myšlenky. Cítí se bezpečnější, když umlčuje a zatlačuje své city. .Potřebuje najít nějakou identitu, protože sám svou ztratil. Hledá nějakou náhražku, pocit důležitosti a nadřazenosti, slepě se povyšuje sám nad sebou. Postupně dochází k přesunu ze sebeidealizace na sebepohrdání, sebenenávist, k odcizení sobě sama. Začíná zpochybňovat základní postoje – pýchu, lásku, úspěch, dokonalost...- měřítko, podle kterých žijeme a co od sebe navzájem očekáváme. Sebepohrdání přináší různé důsledky v chování a jednání jedince. Často potřebuje slyšet slova uznání, ocenění. Potřebuje být zahrnut láskou a obdivem ostatních. Výsledkem je často naprostá závislost na ostatních¹⁴.

¹⁴ HORNEY, K. *Neuróza a lidský růst*, Praha: 1. vyd. Triton, 2005

3.2. Deprese

Je pojem, jímž laická veřejnost označuje přechodný, pomíjivý stav, který během života postihne každého z nás. Setkání se skutečnou klinickou depresí zcela vybočuje z rámce běžné životní zkušenosti.

Je to sklíčenost, skleslost, těžkomyslnost. Jde často o smutnou nebo skleslou náladu. Může to být příznak určitého duševního problému, jehož součástí jsou následující symptomy :

1. Člověk se cítí sklesle, smutně, stísněně nebo je podrážděný.
2. Nedokáže pocítit zájem nebo radost – apatie.
3. Stále se cítí vyčerpaně a bez energie.
4. Nedokáže se soustředit.
5. Nemá chuť k jídlu.
6. Má poruchy spánku.
7. Cítí se vinen, má pocit, že by měl být potrestán.
8. Cítí se přetažený přemírou zodpovědnosti.
9. Má tělesné potíže (bolesti, vyrážky, zácpa, sucho v ústech, těžké končetiny...) avšak příčiny nemocí se nezjistí.

Jak depresi rozpoznáme?

Pokud příznaky přetrvávají po většinu dne, každý den a vcelku déle než dva týdny je možno stanovit diagnózu. Může se jednat o mírnou depresivní fázi, která se vyznačuje ztrátou nálady, zájmu a radosti, ale i přes tyto potíže je člověk schopen zvládat svoje životní role, nepřestane úplně fungovat. U středně těžké deprese je přítomno více uvedených příznaků, přičemž pacient ztrácí schopnost fungovat. Těžkou depresi doprovází závažná stísněnost, hluboké pocity viny, nebezpečí sebevraždy a neschopnost fungovat. Tuto fázi mohou doprovázet

i psychotické příznaky. Jedná se o bludy nebo halucinace většinou katastrofického rázu, kdy si pacient myslí, že tuto situaci zavinil a má výčitky svědomí. Tato fáze může být i důvodem k hospitalizaci, hlavně když nemocný ohrožuje své zdraví či život, eventuálně je nebezpečný pro své okolí (minimální či žádný příjem potravy a tekutin, sebepoškozování, sebevražedné myšlenky). Závažný je průběh nemoci při nedostatku sociální podpory, jako je možnost obstarat nákupy, jídlo, zajistit hygienu, nebo problém dojít na kontrolu k ambulantnímu lékaři, zvláště pokud trpí navíc závažnou tělesnou nemocí.

Mezinárodní klasifikace nemocí, která je pro stanovení diagnózy závazná, popisuje široké spektrum příznaků:

1 - poruchy nálad : smutné pesimistické, zoufalé nálady
pocity beznaděje a bezvýchodnosti
neschopnost prožívat radost
ztráta zájmu
pokles energie
zvýšená únavnost

2 – oblast myšlení : ztráta sebedůvěry
výčitky a pocity viny
úvahy o sebevraždě

3 – kognitivní příznaky : nesoustředěnost
nerozhodnost
váhavost
zpomalené myšlení

4 – poruchy motoriky : koordinace vědomého ovládní pohybového ústrojí

5 – somatické příznaky : ranní probouzení o dvě a více hodin než obvykle
zhoršení nálady zejména v ranních hodinách
ztráta libida
nechutenství
váhový úbytek

Jak častá je deprese?

Deprese je pravděpodobně nejčastější psychiatrická porucha. Riziko onemocnění v Evropě je 8,5% celkové populace¹⁵. Rozdíl výskytu mezi muži a ženami je 2:1 v neprospěch žen. Začínají se vyskytovat mezi 25.-35.rokem. Většinou jde o onemocnění dlouhodobé. 20% pacientů trpí chronickou variantou této nemoci. Podle Světové zdravotnické organizace patří na čtvrté místo v žebříčku nejčastějších příčin nemocnosti.

¹⁵ „Depresivní poruchy“ [on-line] Dostupné na www.stopstigmapsychiatrie.cz [cit. 23.3.2007]

3.2.1. Léčba

K léčbě neuróz a depresí se používají psychofarmaka ve spolupráci s psychoterapií (kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie, dynamická terapie...). Prvním předpokladem kvalitní léčby je správná a včasná diagnóza. Depresi sám nemocný vůbec nemusí rozpoznat, nebo ji nemusí považovat za chorobný stav. Nesmírně důležitá je zde pomoc rodinných příslušníků, či známých a nebo kolegů. U seniorů, kteří žijí osamoceně, je to právě pečovatel, který je v každodenním styku s nemocným, může upozornit na případné změny v chování a zároveň zajistit odbornou pomoc. Psychoterapie v podmínkách domácí péče není možná. Senioři trpí často tělesným poškozením a není možné docházet na terapii, tato je možná jen v případě hospitalizace. V domácím prostředí je možno pomáhat pacientům s lehčí fází deprese, dohlédnout na pravidelné užívání léků, a poskytovat rozhovory klientům. Je možné též uskutečňovat různé doplňující služby (čaj, koupel, procházka, ...).

Psychoterapeuti podporují: náhled, citový korektivní prožitek a zkoušení nového chování¹⁶

Náhled - znamená uvědomit si souvislosti, pochopit kde vězí jádro potíží. U neurotiků může mít i několik stupňů. Změna vnějšího prostředí není v naší moci, jen pokud je pacient ochoten změnit něco sám na sobě. Pomocí sebekritického náhledu a pochopení souvislostí, zejména vztahů v původní rodině může pomoci najít odpovědi na otázky, které objevujeme.

Citový korektivní prožitek - neurotické chování vzniká na základě citového prožitku. Je výhodné do procesu zapojit nejen rozum, ale i cit. Je možné účelně se od starých zážitků odreagovat a nové poznání citově prožít.

Zkoušení nového chování - poznání o nevhodném chování nestačí k uskutečnění změny.

Je potřeba si vyzkoušet ve skupině nové způsoby, teprve pak je možné je převést do praxe.

Rozvoj jedince - spolupráce začíná osobním rozhodnutím a prací na sobě. Když nejsme s něčím spokojeni a chceme něco změnit, můžeme změnit pouze sebe. *Každý člověk je originál, každý má jinou potřebu nezávislosti, je však dobré umět každého respektovat*¹⁷.

Cíl terapie - jedna z cest je založená na teorii sociálního učení. *Lidé se učí určitým způsobem myslet, cítit a jednat. Tyto schopnosti se neustále navzájem ovlivňují. Když se naučí poznat, které myšlenky a jaké chování ovlivňuje jejich emoce, pak mohou získat kontrolu nad svými emocemi. Sebekontrolu si osvojují krok za krokem, postupně se naučí vidět sami sebe a určit jak se při tom cítí. Učí se odměňovat a plánovat si budoucnost*¹⁸.

¹⁶ KRATOCHVÍL, S. *Jak žít s neurózou*, 3. vyd. Praha: PORTÁL, 2000.

¹⁷ ZAHŘÁDKOVÁ E.: *Teambuilding*, 1. vyd. Praha: PORTÁL, 2005.

¹⁸ KÜHNER CH., WEBER I. *Predchádzanie depresiám*, Bratislava: F TRENČÍN, 2003.

Pečovatelé nejsou psychoterapeuti, nemají vědomosti potřebné k vedení psychoterapie. Často jsou však nuceni vyslechnout klienta. (*náhled*)

Pro uživatele služeb je pečovatel pomocník, který umí všechno. Obrací se na něj se svými problémy. Pečovatelé vyslechnou problém a snaží se klienta pochopit. Vzhledem k empatii pečovatelů a vytvořeným vztahům dochází i k citovému prožití problému. (*citový korektivní prožitek*)

Tady se objevuje riziko, kdy klient může pečovatele ovlivnit ve svůj prospěch. Profesionální pečovatel nemůže podlehnout lichotkám, nebo srdceryvnému příběhu. Zkouší poradit různé možnosti, které by klient mohl akceptovat a souhlasil by s jejich praktikováním. (*zkoušení nového chování*)

Pečovatel nemůže doporučit odborné rady, ale jen drobné změny v současném způsobu života (např. změnit značku čaje, mýdla..., použít bylinky pro uklidnění, které lze běžně koupit, doporučit procházky, nebo častější větrání, předčítání,...).

Klient si musí umět svůj denní rozvrh zorganizovat sám, musí ho také plnit. (*cíl terapie*)

Tím může vytvořit podmínky pro klidný (involuční) rozvoj a růst klienta. (*rozvoj klienta*)

3.2.2. Deprese v pozdním věku

Depresivní stavy u seniorů mají některé zvláštnosti. Uvádí se *atypičnost příznaků*, častější *tělesné projekce*, sklon k *chronickému průběhu*. Přestože se deprese v pozdním věku objevuje často, bývá zpravidla přehlédnuta, protože je maskovaná tělesnými příznaky nebo navazuje na zjevnou tělesnou nemoc. Průběh i příznaky deprese pozdního věku bývají podobné jako u mladších nemocných. Deprese však zvyšuje úmrtnost na tělesná onemocnění. Ohroženy jsou zvláště ženy, především ovdovělé, a lidé, kteří žijí v pečovatelských zařízeních. Nejčastějšími stresujícími faktory, na které deprese navazuje, jsou ztráty (partnera, přátel, stálého kontaktu s potomky, tělesného zdraví, kariéry, někdy soběstačnosti), konflikty ve vztazích (s nemocným partnerem, s potomky, s okolím), učení se nové roli v životě (odchod do důchodu, změna prostředí, domov důchodců) a sociální izolace. Dále se u starších lidí deprese často objevuje souběžně s tělesným onemocněním. Vede k tomu, že tělesné onemocnění se hůře léčí a i po odléčení vážně rehabilitace. Odlišná bývá i reakce na léčbu¹⁹. Naštěstí nová antidepresiva bývají ve starším věku účinnější než ve středním. Potřebná je také psychoterapie. U smutku pomáhá urychlit proces vyrovnávání se se ztrátou milované osoby a hledat nové smysluplné aktivity a vztahy, které mohou postupně alespoň částečně nahradit ztrátu. Při změnách v rolích pomáhá terapeut při hledání nové role v životě. Depresivní člověk se učí zacházet se změnou, smířit se se ztrátou staré role a hledat pozitiva i negativa na roli nové.

¹⁹ KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*, Č. Budějovice: 2. vyd. JU ZSF, 2005.

Kromě porozumění situaci je v psychoterapii důležitá i dlouhodobá lidská podpora. Kromě terapeuta mohou hodně pomoci příbuzní, když najdou nebo utvoří pro starého člověka smysluplné místo ve fungování rodiny. Velmi důležité je však také vytváření podpůrných skupin (např. při klubech důchodců), učení se novému (univerzity třetího věku), a nebo pomoc pečovatelské služby a udržovat kontakt s pečovateli. Je dobré mít nové podněty a neizolovat se.

Nejvážnější riziko deprese je sebevražedné jednání klienta, tedy záměr vědomě a úmyslně ukončit svůj život. Neustále stoupá počet dokonalých sebevražd a pokusů o sebevraždu v závislosti na přibývajícím věku. Typická je pro vyšší věk cílevědomost a volba prostředku pro ukončení života. Obvykle patří k těm nevratným. Suicidální vývoj bývá často velmi nenápadný, může dokonce vyvolat dojem zlepšení stavu. Sebevražedné myšlenky je třeba brát vážně, mohou signalizovat volání o pomoc.

Deprese při tělesném onemocnění²⁰

Deprese může být také spojena se souběžným tělesným onemocněním. To platí zejména pro starší lidi. Deprese může navazovat na ischemickou chorobu srdeční, vysoký krevní tlak, mozkovou příhodu, Parkinsonovu chorobu, cukrovku, revmatismus, sníženou činnost štítné žlázy. Deprese může také zhoršovat průběh těchto onemocnění. Deprese může být také důsledkem užívání některých léků, alkoholu nebo drog. Pocity nedostatečnosti a méněcennosti vedou k vyhýbání se lidem. Psychické tempo se snižuje, myšlení zpomaluje.

Porucha nálady. Nálada poskytuje rámec pro naši mysl a naše jednání. Všichni si umíme představit, co znamená, když má někdo dobrou nebo špatnou náladu. Trvale špatná nebo smutná nálada je pro lékaře indikátorem podezření na depresivní poruchu. Pocity a emoce odrážejí hodnocení sebe, okolí, ostatních a očekávání od budoucnosti. Mezi depresivní emoce patří smutná nálada, plačtivost, úzkost až panika, rozmrzelost, podrážděnost, zlostnost, sebelítost, neradostnost, neschopnost se těšit, pocity vztahovačnosti apod. Depresivní emoce mohou trvat krátce, ale i týdny a měsíce.

Smutek. Prožitky smutku patří ke zkušenosti každého člověka. I zdravý člověk bývá smutný z neúspěchu, nešťastný, když ztratí někoho blízkého nebo se mu nedaří smysluplně naplňovat svůj život. V depresi je však smutek hlubší, trvá delší dobu a výrazně brání aktivitě. Ovlivňuje celé prožívání člověka. Zabarvuje jeho vnímání tak, že všechno kolem sebe vidí „černě“, vyhledává jen své neúspěchy, všímá si jen negativního chování druhých k sobě, do budoucna si představuje jen své neúspěchy. Vede k úporným sebevýtčkám. Smutek se může měnit od lehkého pocitu sklíčenosti až po úplné zoufalství.

²⁰ PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: PORTÁL, 2005.

Člověk v depresi si vytváří představy, že je jen na obtíž, že všechno zavinil a bude potrestán, že to nikdy nepůjde změnit. Tíseň a utrpení těmito fantaziemi rostou a objevuje se přání zemřít.

Vymizení radosti. Člověka v depresi netěší nic a nic nedokáže prožívat příjemně. Snaha ho rozveselit vtipem nebo historkou většinou dopadne větším rozesmutením, případně pláčem. Svoji neschopnost se radovat si totiž bolestně uvědomuje. Podobně ztratil potěšení z kulturních zážitků, z cestování, ze svých koníčků, z přírody. Pravděpodobně souvisí jednak s nedostatkem energie – i pro radost člověk potřebuje její dostatek, jednak s nedostatkem soustředění – stálá nabídka starostí, obav a negativních myšlenek brání tomu, aby se nemocný mohl pohroužit do prožitku.

Úzkost je trvalý pocit psychického napětí, jakési očekávání něčeho nepříjemného, ale člověk neví, co to má být. Úzkost je vlastně strach, který nemá objekt. Na rozdíl od strachu, který nás puďí k útěku, úzkost vede ke strnulosti – nemáme před čím utíkat. Maximálně člověk přešlapuje z nohy na nohu, poposedává, těká myšlenkami z jedné věci na druhou, nedokáže se však soustředit a žádnou věc domyslet. Mívá pocit, že mu praskne hlava.

Strach je také pro depresi typický. Lidé v depresi mívají strach o sebe i o své nejbližší, strach z trestu za domnělá minulé provinění, strach z vlastní nedostatečnosti, z odmítnutí druhými, strach, že se nikdy z deprese nedostanou, že nepůjde dále vzdorovat myšlenkám na smrt. Strach zesiluje

i obavy z tělesné nemoci (rakovina, infarkt, mrtvička), které často vystupují do popředí natolik, že zastíní ostatní projevy deprese. Typický je strach starších depresivních lidí o své děti a vnoučata (onemocní nebo přijdou na mizinu, protože neumějí hospodařit).

Pocit ztráty. Ztráta, kterou starý člověk v depresi prožívá, je reálná. Vyvolávajícím momentem deprese mohou být nejrůznější životní události, pro které bývá pocit ztráty typický. Často jde o ztrátu blízké osoby (např. úmrtí partnera, odloučení od dětí), ztrátu sociálního postavení (např. odchodem do důchodu), ztrátu bezpečí a jistoty (např. snížení vlastní soběstačnosti a pokles fyzických schopností při tělesných nemocích) apod.

Vztek na sebe. Depresivní člověk se na sebe zlobí z mnoha důvodů. Pro svou nevykonnost, chyby, neschopnost něco změnit. Automaticky hledá vinu v sobě, stává se sám sobě nepřítelem a následně se trestá. Trestá se dalším hromaděním důkazů o svých „vinách“, nenapravitelných špatných vlastnostech a chybách. Degraduje sám sebe. Stává se sám sobě nepřítelem natolik, že cítí k sobě až nenávisť.

Nerozhodnost. Deprese znemožňuje rozhodování prakticky ve všem – v důležitých věcech i maličkostech. Nerozhodnost může být tak velká, že brání nemocnému hnout se z místa nebo provést jednoduché činnosti, protože nedokáže zvolit jejich správné pořadí. Nerozhodnost souvisí se strachem, že ať udělá cokoli, dopadne to špatně. Nakonec se přestává rozhodovat úplně a rezignuje.

Bezmoc a beznaděj. Nemožnost depresi překonat vlastními silami vede k prožitkům bezmoci a beznaděje. Nemocný má pocit, že už nikdy se z nemoci nedostane, už nikdy nebude šťastný, ať dělá co dělá, depresivní prožívání už nezmění.

Podrážděnost. Stálá úzkost a napětí vedou k podrážděnosti. Lidé trpící úzkostně-depresivní poruchou často vybuchnou hněvem nebo lítostí. Stačí k tomu minimální podněty, které v době zdraví nechávali bez povšimnutí.

Plačtivost. Typická je nadměrná lítostivost, která i v průběhu běžného hovoru při citově vypjatějších tématech a vzpomínkách vyvolá pláč.

3.2.3. Depresivní myšlenky

Myšlenky jsou zpomalené, odbíhají od činnosti. Deprese je doprovázena výčitkami svědomí, pocity viny, znehodnocováním sebe samého. Pro depresi jsou charakteristické depresivní automatické myšlenky. Jsou to myšlenky, které člověku přicházejí na mysl a on nad nimi dále nehledá. Není to to, co chci myslet, ale co mě samo od sebe napadá. Automatické myšlenky máme prakticky neustále, většinou jim ani nevěnujeme pozornost, komentují události, které prožíváme. Automatické myšlenky člověk přijímá, aniž by uvažoval, zda jsou pravdivé, nebo ne. Má prostě pocit, že pravdivé jsou, a dále je logicky nerozebírá. Automatické myšlenky mají tendenci tvořit řetězce. Běžně u zdravého člověka tyto myšlenky nemění náladu, protože jsou neutrální:

„Teď budu muset nakoupit, to se musím teple obléknout, venku je zima.“

Nebo, pokud jsou negativní, jsou ihned vyváženy konstruktivními myšlenkami:

„To mám smůlu, zase se mi to nepovedlo – ale zkusím to jinak, snad tomu přijdu na kloub.“

V depresi převažují negativní automatické myšlenky, chybí vyvážení konstruktivními myšlenkami, naopak se negativní automatické myšlenky řetězí:

„To mám smůlu, zase se mi to nepovedlo – nikdy se mi to nepovede – nestojím vůbec za nic.“

Typické depresivní automatické myšlenky zahrnují:

Negativní hodnocení sebe: Nejsem k ničemu! Nic neprožívám! Všechno jsem to zavínil!

Negativní hodnocení okolností: Nikdo o mě nestojí! Dostal jsem strašně moc úkolů! Život je hrozný!

Negativní vize do budoucnosti: Nic pěkného mě už nečeká! Nikdy se nevyлéčím! Budu pořád sama!²¹

²¹ „Deprese v pozdním věku“ [on-line] Dostupné na www.portal.cz [cit. 26.3.2007]

Depresivní lidé mají nepřetržitě nepříjemné negativní myšlenky a každá z nich pomáhá při udržování deprese. Tyto myšlenky však nejsou založeny na objektivních faktech, ale odrážejí skutečnost zkresleně, zveličeně, katastroficky a černě. Tyto negativní myšlenky mohou člověku bránit v činnostech, které by mu pomohly, aby se cítil lépe. Výsledkem je, že se stále více oddává tvrdé sebekritice, např. že je líný, nezodpovědný, k ničemu, což způsobuje, že se cítí stále hůře.

Každý člověk, tedy i ten, kdo depresi neprožívá, mívá občas negativní depresivní myšlenky. Obvykle jim však nepřikládá váhu. Člověk v depresi je však má stále – kdykoliv myslí na svou vlastní hodnotu nebo schopnosti. Uvedeme jejich charakteristiky:

Depresivní myšlenky jsou automatické. Vybavují se bez toho, že bychom si je přáli, prostě nás mimovolně automaticky napadají. Přicházejí jako automatické soudy, nejsou promyšlené. Jsou to prostě jen negativní nápady, které nepřesně souvisejí se skutečností.

Depresivní myšlenky jsou zkreslené – neodpovídají skutečným faktům

Depresivní myšlenky jsou neúčinné a neslouží žádnému konstruktivnímu cíli. Naopak nám škodí, protože udržují naši depresi. Zvyšují pasivitu a snižují sebevědomí.

I když jsou bezdůvodné a přehnané, v době, kdy nás napadnou, jim plně věříme. Vůbec nás nenapadne o nich pochybovat.

Čím více jim věříme, tím hůře se budeme cítit. Pokud nás plně ovládnou, zjistíme, že všechno je špatné. Pak budeme mít chuť všechno vzdát, protože se nám vše bude zdát beznadějně.

Automatické depresivní myšlenky se zpravidla věnují nějakému tématu. Nejčastější témata jsou:

Obavy. Obavy se týkají jak zítřejších úkolů, tak zdraví – svého i rodiny, finanční situace, existenčních problémů, chování druhých osob i vlastního. Největším problémem je neschopnost zastavit proces obav a pocit, že se obavy nedají kontrolovat. Někdy se můžeme snažit nemít obavy, protože se nám zdá, že jich máme příliš moc, ale ony se stále nutkavě vracejí. Obavy mohou být soustředěny na konkrétní úkoly („Jak to zítra zvládnou?“) i na obecnější témata („Co když rodina přijde na mizinu?“).

Předvídání horšího (selhání) a tragické vize budoucnosti. Ve většině situací nejde jenom o obavy, ale rovnou o očekávání nejhoršího možného výsledku („Určitě to dopadne špatně!“). Typicky k depresi patří myšlenky týkající se katastrof, které přijdou v budoucnosti. Depresivní lidé tráví čas v obavách, že se vše zdraží a oni nevystačí s penězi, nebudou moci zaplatit činži, budou se muset vystěhovat z bytu, přijdou na mizinu, že jejich onemocnění je trvalé a nikdy se nevyléčí, že partner je určitě opustí, děti budou špatně vychované, a proto celý život nešťastné, apod.

Pocity viny a sebeobviňování. Řada lidí trpících depresivní poruchou si dává vinu za věci, které se staly, někdy i velmi dávno. Jíní se cítí vinni za své selhání, ať reálné, nebo domnělé, ve svém rodinném životě nebo zaměstnání. Často cítí, že jsou na obtíž, stydí se za svoji depresi a neschopnost uspokojit potřeby okolí. Z minulosti vybírají negativní události a na nich hledají svoji vinu. Špatné svědomí je tíží – jako tlak na hrudi – jsou přesvědčeni, že nikdy to nepůjde

napravit. Člověk má pocit, že vše v životě jenom zkazil, nic neudělal a neudělá dobře, udělal chyby, které už nepůjdou napravit.

Obviňování okolí. Mnozí depresivní lidé si myslí, že jejich pocit vyčerpanosti vyvolávají jen vnější příčiny, a tvrdí, že ostatní je nepřiměřeně zatěžují. Například ženy v domácnosti mohou mít pocit, že je nadměrně zatěžuje starost o děti a o manžela, neuvědomují si, že jejich výkonnost je snížena depresí.

Komplexy méněcennosti. Součástí depresivního myšlení je přesvědčení, že člověk je méněcenný. Je hloupý, není schopen vyřešit ani jednoduché problémy, pro druhé je nezajímavý, nudný, neví, o čem mluvit, nic ho nenapadá. Vlastně druhé jenom otravuje, nikdo o takovou nulu nestojí. Všichni se umějí bavit, on jenom kazí zábavu. V životě byl neúspěšný, nic se mu nepovedlo, a proto také o něj už nikdo nestojí. Také už ztratil paměť, nedokáže si na nic vzpomenout ani se nedokáže soustředit. Vůbec mu to nemyslí.

Člověk v depresi často mívá pocit, že tyto příznaky jsou nepřekonatelné a nikdy neodezní – pak může pomýšlet na sebevraždu nebo se o ni pokusit. Deprese a její příznaky jsou však léčitelné, myšlenky na sebevraždu časté. Depresivní lidé ve vyšším věku často zaměňují příznaky deprese (zejména přechodné poruchy paměti) s příznaky demence. Bývají přesvědčeni, že se už objevila „skleróza“ a budou jenom na obtíž. Většinou jde o problémy se soustředěním, které vedou k pocitům výpadků paměti, což je přechodný příznak pro depresi typický. Někdy můžete druhé mýlit. Lidé vás mohou vnímat jako rozzářené, v dobré náladě, usměvavé, plné života, a přesto se uvnitř můžete cítit velmi mizerně. Řada lidí je schopna v mírné, a dokonce i středně hluboké depresi nosit masku spokojenosti, protože pokládají za neslušné obtěžovat druhé svými pocity deprese a smutku.

4. Sociální služby

4.1. Nový zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách přináší největší změnu v sociální oblasti od dob Marie Terezie. Tato změna nastala 1. ledna 2007.

Pro uživatele je v zákoně jednatřicet nových typů sociálních služeb, které dosud nebyly uzákoněny²².

Uživatel dostane v hotovosti příspěvek na péči, s jehož přispěním si bude moci sociální službu nakupovat.

Co se rozumí sociální službou

Sociální služba, jak říká zákon, je činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost, musí působit na osoby aktivně a motivovat je k činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci, a musí zabraňovat jejich sociálnímu vyloučení.

Zařízení sociálních služeb

Zákon rozeznává zejména tato zařízení sociálních služeb: centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy pro osoby s chronickou duševní nemocí nebo se závislostí na návykových látkách, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny.

Sociální služby jsou buď pobytové, ambulantní, nebo terénní. Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Sociální služba je soustava vybraných základních činností: např. pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; poradenství; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů a další.

²² Zákon č. 108/2006 o sociálních službách; Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Rozdělení sociálních služeb

Sociální služby se dělí na služby sociální péče, služby sociální prevence a sociální poradenství.

Služby sociální péče. Služby sociální péče napomáhají osobám se stabilizovaným zdravotním stavem zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Mezi služby sociální péče patří: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, průvodcovské a předčitatelské služby, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, domovy se zvláštním režimem.

Služby sociální prevence

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jím ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky, způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a zahrnuje též sociální práci s osobami se specifickými potřebami. Součástí odborného poradenství jsou i půjčovny kompenzačních pomůcek.

Kdo má nárok na příspěvek na péči

Nárok na příspěvek na péči má každý, kdo je v nepříznivé sociální situaci. To není hmotná nouze (nedostatek peněz), ale znamená to, že člověk potřebuje fyzickou pomoc nebo dohled druhé osoby nebo sociální službu k tomu, aby mohl žít ve společnosti způsobem, který je běžný.

Jak se posuzuje nárok na příspěvek na péči

Úkony, které se posuzují, jsou vyjmenovány v zákoně (je jich celkem 36) a podrobněji uvedeny ve vyhlášce. Tam jsou také postupy, které musí posuzovatelé dodržovat.

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti a stupně příspěvku se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát, přemísťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení si jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti a stupně příspěvku se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, obstarávání potravin a běžných předmětů (nakupování), vaření, ohřívání jednoduchého jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, přepírání drobného prádla,

péče o lůžko, obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači,

manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří, udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Pokud je žadatel schopen zvládnout některý z úkonů jen částečně, považuje se takový úkon pro tohoto žadatele za nezvládnutelný.

Počet úkonů, které žadatel nezvládne, určuje, do jakého stupně bude zařazen a výši příspěvku:

stupeň I (lehká závislost): 12 úkonů; 2.000 Kč měsíčně

stupeň II (středně těžká závislost): 18 úkonů; 4.000 Kč měsíčně

stupeň III (těžká závislost): 24 úkonů; 8.000 Kč měsíčně

stupeň IV (úplná závislost): 30 úkonů; 11.000 Kč měsíčně

Jak příspěvek na péči získá žadatel, který jej sice potřebuje, ale nemá přiznané žádné zvýšení důchodu pro bezmocnost a není nositelem průkazky pro osoby se zdravotním postižením

Příspěvek na péči se nezapočítává do příjmu osoby.

Příspěvek na péči se bude valorizovat.

Poskytovatelé sociálních služeb budou potřebovat oprávnění

Poskytovatelé budou potřebovat tzv. oprávnění k poskytování sociálních služeb.

4.2. Domácí péče a terénní sociální služby

U starších lidí roste pravděpodobnost, že budou vzhledem ke svým zdravotním problémům závislí na cizí pomoci. Tyto problémy mění podstatně vztahy postiženého k rodině i k přátelům. Aby tělesné, psychické i sociální potřeby staršího nemocného byly uspokojovány, je nutné zajistit jiného člověka, který je pomůže naplnit (včetně nejzákladnějších tělesných potřeb). Může to být

rodinný příslušník, pokud senior není úplně sám. Pro laika tyto změny poskytují příležitost k osobnímu růstu, ale nepochybně vyvolávají i emoční napětí a úzkost. Což může vést k tělesné a citové vyčerpanosti a způsobit jeho onemocnění a neschopnost poskytovat další péči. Podstatnou součástí života každého člověka, včetně pečovatele, je udržet si zdraví, vyhýbat se depresi, zůstat aktivní, mít přátele, radovat se z příjemných činností. Plnit funkci pečovatele o nemocného člena rodiny by nemělo zbavit smyslu života. Je proto vhodné kombinovat péči s odborníky z pečovatelské služby. Rozšíření pomoci a kontaktu starým lidem je v mnoha případech vhodné.

Pečovatelská služba

Pečovatelská služba představuje pomoc, která starému člověku umožňuje žít navyklym způsobem života v soukromí vlastního bytu. Za okolností, kdy je starý člověk významně limitován (zejména pohybově) a v důsledku toho i ve větší míře izolován, plní právě pečovatel(ka) mimoděk i jiné funkce. Stává se významným zdrojem informací, kontaktu, ale i denního režimu. Staří lidé chápou tuto profesní roli šířeji, nejen jako pomoc, ale i projev zájmu. Pečovatelky hrají často v životě osamocených významnou roli. Mnohdy se staří na pečovatelky příliš fixují. Někdy se může vyhrotit až konfliktní vztah. Přes to všechno většina starých lidí považuje pečovatelskou službu za významnou pomoc a uvědomuje si, že jim umožňuje udržet si soukromí i navykly styl života.

Domácí péče Pečovatelské služby se zavádí většinou u starších občanů, kteří žijí sami a nemohou již zvládat všechny činnosti, které běžně vykonávali. Nejčastěji se vrací domů z pobytu v nemocnici a mají různá omezení. Jsou případy, kdy mají děti, a ty se chtějí starat o své rodiče. Existují však různé potíže, proč to nelze (zaměstnanost dětí, jiné bydliště, ...). Tuto službu nárokují právě děti, nebo lékař, nebo pacient sám. Velmi často se jedná o poruchu snížené schopnosti chůze. Pro babičky a dědečky je tato situace nová, potřebují se s touto situací vyrovnat, Nechtějí se stěhovat a zvykat si na nové sousedy, nové obchody, chtějí mít svůj klid. Vnoučata snášejí dobře na návštěvě, ale žít s nimi každý den může přinést mnoho potíží a nedorozumění²³.

²³ „Pečující on – line“ [on-line] Dostupné na www.pecujici.cz [cit. 23.3.2007]

Nabídka Pečovatelské služby se týká pečovatelských úkonů

- celková koupel v domácnosti nebo ve středisku MCH
- běžné úkony osobní hygieny
- pomoc při oblékání,
- pomoc při přesunu na vozík nebo na lůžko,
- pomoc při použití WC
- jednoduché ošetrovatelské úkony
- dovážka obědů
- doprovod na vyšetření
- nákupy, nutné pochůzky
- práce spojené s udržováním domácnosti
- příprava a uvaření snídaně nebo oběda a podávání pokrmu
- praní prádla v domácnosti nebo ve středisku MCH
- pedikúra
- dohled nad dospělým občanem

4.3. Podmínky zavedení služby

Spolupráce se sociální pracovníci : poskytuje poradenství klientům, lidem převážně zdravotně postiženým, starším a osamělým. Pomáhá jim při vyřizování úředních záležitostí, zajišťuje doprovod k lékaři, na lékařskou posudkovou komisi a podobně. Metodicky koordinuje práci v celém projektu. V sociální oblasti se jedná hlavně o vyřizování žádosti o bezmocnost, mimořádné výhody pro zdravotně postižené občany (průkazy ZTP...),

Etapy individuální sociální práce²⁴

Domluví se schůzka po telefonu. Nejvhodnější je schůzka u něj doma za přítomnosti rodinného příslušníka (nebo někoho blízkého), kterému budoucí klient důvěřuje a je možné v případě potíží se na něj obrátit. Při první návštěvě se dodržují pravidla individuální sociální práce.

²⁴ MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, 1. vyd. Praha: PORTÁL, 2003.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*, 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1994.

1 - Seznámení s případem : Pro první setkání se volí domácí prostředí vždy. Hlavně proto, že ve svém domácím prostředí se klient cítí uvolněněji, je klidnější, necítí se ohrožen.

Po příchodu do jeho bytu dochází vždy k podání ruky a představení se. Toto první setkání vždy zajišťuje vedoucí střediska s pečovatelkou. Vedoucí postupně domluví potřebnou péči. Seznámení s pečovatelkou má význam v tom, že klient ví kdo k němu bude docházet. V této fázi dochází k uvolnění napětí u klienta z neznámé budoucnosti.

2 - Analýza případu : Vedoucí postupně začne pokládat jednoduché otázky, kterými zjišťuje základní informace o klientovi, včetně toho co od nás klient očekává. Sem patří hlavně otázky na telefonické spojení s klientem nebo s jeho rodinou (eventuelně se sousedy).

3 - Hledáme řešení : Nabízíme postupně klientovi úkony, které naše organizace nabízí. Vždy ponecháme chvilku času, aby se klient mohl rozmyslet, eventuelně, aby mohl položit doplňující otázky. Projdeme celou škálu služeb a klient postupně vybírá to co je pro něj nezbytné.

4 - Plán práce : Doplní se řešení ještě o časový plán. Jde o dohodu kolikrát v týdnu (konkrétně které dny) bude naše služby využívat a zároveň se domluví čas, který se bude dodržovat při návštěvách klienta.

5 - Evidence : Po celou dobu ústní domluvy se poznamenávají dohodnuté služby. Používá se předtisknutý formulář, takže práce se záznamy je velmi pružná. Lze velmi pohotově služby znovu zopakovat. Klienta samozřejmě upozorňujeme, že služby může kdykoliv rozšířit (nabídku z rozhovoru zná, současně ji bude mít ve smlouvě), může služby i zrušit. Naše organizace neklade žádné podmínky.

6 - Zakončení případu : Klient stvrdí svým podpisem dohodu o nadcházející spolupráci. Ví, že spolupráce právě začíná. Zatím neví, zda se může na naši činnost spolehnout. Ale ví kam se má obrátit v případě nespokojenosti, ví také, že si naši činnost může kontrolovat. My se stáváme součástí jeho života, vstupujeme do jeho soukromí někdy i každý den. Pečovatelky plní funkci nejen při pomoci v domácnosti, ale zároveň umožňují zařazení klienta do sociálních kontaktů. Klient může komunikovat, vzpomínat, diskutovat o svých zájmech, může si postěžovat. Získává opět sociální roli nebo dokonce i několik rolí. Často se mezi klienty a pečovateli vytváří vztahy. Klient nachází přátele, to znamená že není sám

Práce pečovatelky - je činnost velmi různorodá. Musí umět poradit si s každou situací, která se v domácnosti může vyskytnout. Staří lidé, často nemocní , uzavřou smlouvu s naší organizací na určité činnosti. Přesto se může vyskytnout jakákoliv nepředvídaná situace, kterou musí okamžitě pečovatel řešit.

Dovednosti pečovatelky. Postarat se o domácnost je to nejjednodušší na této profesi. Pečovatelka musí být psycholog, aby alespoň částečně pochopila myšlení starého člověka, který navíc ztrácí

schopnost být soběstačný. Těžko se s tím mnozí vyrovnávají. Pečovatelka musí být značně empatická, aby uměla vyslechnout a pochopit trable, se kterými se staří potýkají. Je potřeba rozumět i neverbálním projevům, starých, protože oni čím dál hůř hledají slova. Pečovatelka musí též mít přehled o zdravotnictví, protože je někdy těžké odhalit nemoc, či poruchu, musí alespoň vědět, kdy má volat lékaře. Musí mít znalosti z ošetrovatelství, ne až tak hluboké jako zdravotní sestry, ale přesto některé úkony zvládnout musí (např. přebalování a převlékání ležících pacientů, pomoc při vstávání a při chůzi, obvazovat a převazovat drobná poranění, poskytnout první pomoc, vědět si rady například s protézou....)

Znalosti pečovatelky. Znalosti pečovatelky získávají studiem v kurzech. Předchází se tak případným překvapením, které mohou nastat v domácnostech. Vyučují se základy různých lékařských oborů, právní a sociologická problematika a ochrana zdraví při práci pečovatelek. Zde je hlavně kladen důraz na hygienu.

Znalosti se získávají i průběžně formou různě zaměřených školení a seminářů, které zajišťuje organizace. Každá pečovatelka se alespoň 1x ročně účastní výukového programu různé náročnosti a různého zaměření.

Příslušné organizace pořádají pro své zaměstnance supervize. Příjemné setkání, v příjemném prostředí, s pohostěním, a ještě se prohloubí informace, které v průběhu roku nelze sdělit. Na supervizi je možno prohloubit a rozebrat naše zkušenosti, vědomosti a znalosti. Zlepšuje se komunikace mezi pracovníky, odbourávají se bariéry nadřizenosti a podřízenosti.

4.4. Sociální učení

Kdo není ochoten se celý život učit, nenaučil se to nejdůležitější. Rainer Haak

Již J.A.Komenský formuloval ve svém díle „Vševýchova“ osm stupňů výchovy, jejichž součástí je i škola stáří a škola smrti. Vzdělávání je důležité v každém věku. *Socializace je nekončící proces*²⁵ · Postavení každého z nás ve společnosti se stále mění, musíme se adaptovat na roli „starých“. Jednotlivé sociální zkušenosti mají vliv na vývoj osobnosti. Často mohou zasáhnout velmi výrazně. Jedna z velmi důležitých složek socializačního procesu je

²⁵ ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*, 2.vyd. Praha : ORBIS, 1975.

přijmutí norem ve vztazích k jednotlivým skupinám. S přibývajícím věkem ubývají skupiny, ve kterých se osobnost pohybuje. Člověk zůstává mnohdy sám. Navíc začíná bilancovat svůj život, jeho svědomí přestane kontrolovat normy a naučené vzorce chování ve vztazích. Začíná kontrolovat sám sebe, přehodnocuje, životní situace, postupně ztrácí radost ze života, protože mu chybí jeho blízcí (rodina, přátelé, známí, spolupracovníci...), ztrácí smysl života, neumí žít sám. *Každý má potřebu žít co nejvíce ve společnosti*²⁶, patřit k nějaké skupině. Velký počet lidí ve vysokém věku je postiženo neurózou, protože nemohou vycházet z domova (ze zdravotních důvodů), těžko se vyrovnávají s touto situací. Snáze se s touto novou situací vyrovnávají věřící. Částečně pomáhá jejich situaci řešit dobrovolná a pečovatelská služba. Ti, kteří žijí v domovech důchodců nebo v domech s pečovatelskou službou mají situaci snazší, protože patří k nějaké komunitě a zároveň je pro ně dostupnější a širší péče pomáhajících profesí.

²⁶ ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*, 2.vyd. Praha : ORBIS, 1975.

5. Rozšířené činnosti pečovatele

„Umění stárnout je umění žít“ Wolf²⁷

5.1. Krizová intervence

Období stáří rozhodně není ušetřeno vzrušujícím událostem a krizovým situacím. Přirozené zdroje podpory se vytrácejí, senioři právě v tomto období přichází o své vrstevníky, sourozence, přátele a o životního partnera. Používají tudíž služeb krizových center, nebo linky důvěry. Pozitivní pohled na prodlužování lidského života není mezi seniory vnímán stejně. Mnoho jich neví co si s těmi roky získanými navíc počít, neví si se svým stářím rady. Chtějí být užiteční, laskaví a moudří, a není pro koho. Nemají co tvořit a co nabízet.

Pečovatelé nejsou odborníky na lidskou duši, přesto se na ně obrací klienti s voláním o pomoc. Není třeba seniory jen chlácholit a utěšovat, ale je potřeba je vyslechnout, nabídnout jim symetrický vztah a empatii při kontaktu. Nemusí vždy umět odpovědět na dotazy, ale je dobré mít informace o poradenských službách a dalších možnostech pečovatelské a ošetrovatelské službě apod²⁸.

Často se potýkáme s potížemi, které přináší osamělost, soužití dvou generací a násilí v rodině, bytové podmínky a předání majetku, rozvod v seniorském věku, sebevražedné úvahy, nebo různé reakce na dlouhodobou těžkou nemoc. Pokud tyto situace trvají delší dobu, je riziko, že vyústí duševní poruchou. Domácí pečovatelská služba je v kontaktu se seniory poměrně často, tudíž je možné pružně zareagovat na vznikající potíže a kontaktovat odborníka na daný problém. Zde předkládám jaké kroky předchází než zavoláme odborníka²⁹.

1. Bez předsudků

Vždy je nutné, abychom k tomu druhému přistupovali otevřeně, bez předsudků. To je velice důležité právě v kontaktu se seniory - jejich zevnějšek může být zcela odlišný od našeho vkusu a jejich chování se může výrazně lišit od našich představ (a zpočátku i zkušeností) o tom, jak se chová člověk v krizi. Mohou být odmítaví, vulgární nebo agresivní, nemusí také vůbec komunikovat. Najdeme-li v přírodě poraněné zvíře a snažíme-li se ho ošetřit, může nás pěkně pokousat. Neudělá to ze zlomyslnosti, není zlé, prostě se jen hrozně bojí. Ať tedy příchozí vypadá sebestrašidelněji a chová se úplně nemožně, je to člověk v průšvih, kterému někdy stačí dát jen trochu jistoty, aby odložil svou masku, již léká potenciálního nepřítele.

²⁷ WOLF, J.a kol. *Umění žít a stárnout*, 1.vyd. Praha: SVOBODA, 1982.

²⁸ VODÁČKOVÁ, D.a kol. *Krizová intervence*, 1.vyd. Praha: PORTÁL, 2002.

²⁹ „Člověk v krizi-desatero první pomoci“-Jan Kulhánek [on - line]

Dostupné na www.psychologie.doktorka.cz [cit. 17.2.2007]

2. Dovolit si nevědět

Čím více máme jistoty my sami, tím větší jistotu nabízíme tomu druhému. Samozřejmě si nemůžeme být jisti tím, že dokážeme vyřešit vše, o čem s námi bude ten druhý mluvit. Žádný člověk nezná správné řešení na každou situaci (a kdo si myslí, že zná, měl by se nad sebou zamyslet). O to ani ve skutečnosti nejde. My si můžeme být jisti tím, že nabídneme celou svou osobnost ke společnému hledání. Každý člověk v sobě s otázkou nosí i odpověď na naše "nevím". Na začátku nám pomůže tuto odpověď spatřit. Není to nejistota, ale pokora k osudu druhého a ochota mu naslouchat.

3. Najít prostor

Dát člověku, který mne osloví v krizi jistotu potřebnou k tomu, aby mohl svému problému "pohlédnout do tváře". Většinou se setkání uskuteční doma u seniora, vzhledem k jeho špatné možnosti někam docházet. Výhoda je, že pečovatelé dochází do domácnosti.

4. Najít čas

Nikomu, kdo za námi přijde v akutní krizi, bychom neměli odpovědět "nemám čas". I kdybychom měli času skutečně málo, tuto větu druhý pociťuje jako odmítnutí, nezájem. Veškerá odvaha, kterou v sobě musel k něčemu takovému najít, se rázem promění v nic. Navíc je pro něj další pokus o vyhledání pomoci ještě těžší. To musíme mít na paměti, než problém odstrčíme nebo zlehčíme, abychom ho pak mohli také odsunout. Čas poskytnutý člověku v krizi je časem skutečného setkání, které nemusí přidat jen další balvan na naše bedra, ale bývá často naopak i pro náš život obohacím.

5. Nevrhat se

K prolomení případných počátečních bariér nepomůžeme tomu druhému tím, že se na něj "vrhneme". Tak pomáháme překonat bariéry sami sobě a toho druhého jen polekáme. Pro určení způsobu, jak se k někomu přiblížit, žádné pravidlo neexistuje. Je třeba být velice citlivý a pozorný. Někdy je důležitá trpělivost, jindy je zbytečná opatrnost škodlivá. Na obou stranách je většinou hodně strachu z odmítnutí. Ten si ale člověk nemůže zakázat. Pomáhající by o něm ale měl vědět, aby ho mohl vědomě překonat.

6. Co se opravdu děje

Protože v akutní krizi člověk prožívá zmatek, nerozumí přesně tomu, co se děje v něm samotném i kolem něj. Nemusí být tedy hned tak snadné dozvědět se, co se opravdu děje. Nevyzná se ve svých pocitech, které mohou být ambivalentní, neví, jak má reagovat. Je třeba se snažit v situaci rychle zorientovat a zřetelnými otázkami a zdržením se vysvětlování pomoci se zorientovat i tomu druhému. Na interpretaci je dost času. Nejdříve je nutné, abychom oba přesně věděli, o co jde.

V případě, že se tomu druhému špatně mluví a neví jak začít, můžeme mu trochu pomoci, když mu řekneme, jakým dojmem na nás působí (jeho postoj, gesta, výraz v obličeji).

7. Nebát se pocitů

Možná to zní trochu zvláštně, ale je to zcela na místě. Člověk v krizi je samozřejmě rozrušený. Může plakat, může se vztekat a ten, kdo mu chce pomoci, neměl by se ho hned od začátku snažit všemi svými prostředky zklidnit více, než je nutné k uskutečnění rozhovoru. Sdělení, která se dozvídáme, bývají silně emotivně nabitá, což se může v tomto směru během povídání zhoršit. Tím, že se ho nebudeme snažit za každou cenu udržet v klidu, mu umožníme to, čeho se sám do této chvíle bál - svou situaci si skutečně prožít. Tak se i zbaví části svého strachu a otevře se pro hledání řešení jeho krize (kterým může být i smíření se s novou situací). Když se my nebudeme bát prožít s druhým chvíle utrpení, uděláme společně velký krok dopředu.

8. Nespěchat s řešením

Přesto, že ten, kdo za námi přichází, by znal řešení své situace nejraději hned po první větě, nebývají to obvykle ta pravá. To, co se nabízí samo, není výsledkem cesty skrz daný problém, ale obvykle směrovka mimo problém. Nechtěl bych tuto situaci nějak schematizovat, ale myslím, že překonávání krize se děje ve dvou stupních. Nejprve jde o zvládnutí akutního stavu, který je pro člověka nesnesitelný, a může často být i životu nebezpečný. Tady je rychlé zorientování se v situaci a první řešení zcela nutné - to je právě ta první pomoc. Ale tak jako při první pomoci po úraze, i zde se nejedná o "léčbu zranění". V prvním stupni se tedy řeší krizová situace, ve druhém až vlastní problém, který je příčinou této krize. Je dobré mít na paměti, že nestačí uvést člověka do "stabilizované polohy", protože krize má v sobě léčebný potenciál, který je třeba využít.

9. Pomoc

Ten, který přichází v akutní krizi, potřebuje pomoci s mnoha věcmi - sdílet svůj problém, na který sám nestačí, uvolnit a prožít emoce, které k tomu patří, zorientovat se ve své situaci (a získat tak první náhled), radu a pomoc při společném hledání východiska. Jedno lidové přísloví praví: "Radu dá ti každý přítel, málokdo však mouky pytel". Jde tu i o konkrétní pomoc, která je někdy nezbytná, a na kterou se často jaksi zapomíná. Nemělo by se ale jednat o pečovatelsky pojatý přístup, protože tím jen podporujeme regresi toho druhého a jeho situaci přebíráme do svých rukou.

10. A co dál?

To je ta otázka, kterou si (i nám) člověk položí právě v momentě, kdy se uklidní a zjistí, že s ním sedí někdo, koho jeho starosti zajímají. Když ji nepoloží on sám, měli bychom ho k tomu dovést. Tím se otevírá možnost další práce, možnost krizi překonat, ne ji odsunout. A není to naše práce, která bude následovat, ale především práce toho druhého. Někdy však potřebuje vedení a pak se musíme dohodnout, kdo ho povede. Když přijde za mnou, je dobré, budu-li to právě já, protože už vím, o co jde, existuje mezi námi už nějaký vztah, on má ke mně důvěru. Ví-li předem, že takovou pomoc mu nemohu nabídnout, rozmyslím si, jestli znám někoho, kdo by byl vhodnější. Někdy se však ukáže až během vypravování, že by má pomoc nestačila, protože je například

potřeba speciální terapie nebo hospitalizace. O tom je nutné se společně dohodnout (a nevolat sanitku z vedlejšího pokoje). Při takovém rozhodování musíme umět odhadnout své schopnosti. Je mnoho těch, kteří než by si připustili to, že na něco prostě nestačí, raději "pomáhají za každou cenu". Ale ať už toto rozhodnutí dopadne jakkoliv, měl by člověk, se kterým se loučíme, mít pocit alespoň nějakého dílčího řešení své situace. Mnohem lépe se mu bude počítat s budoucností. Jeho situace už není beznadějná³⁰.

5.2. Komunikace

Pro správně vedený dialog je zapotřebí hned několika předpokladů. Prvním z nich je odvaha rozevřít se, poskytnout nejen své znalosti a schopnosti ale i své nitro. Důležité je, aby jedinec dokázal ukázat i svoje stinné stránky, aby tím dialog nepostrádal objektivnost. Druhým předpokladem je poskytnout toto vše, nehledě na to, s kým dialog vedu. To znamená jde-li o mého přítele či člověka, ke kterému chovám určitou zášť či pocit'uji v něm konkurenci. Samozřejmě se vystavuji nebezpečí, že se takto rozevřu pouze já a ten druhý bude pak moci získaných informací proti mně zneužít. Bohužel, budu muset i toto riziko podstoupit. Dalším předpokladem je konkrétní zájem především o člověka, tedy o partnera mého dialogu. Tímto se myslí zájem o člověka jako takového. Nedodržení tohoto předpokladu může vést až k nedůvěře, která může dialog učinit nesmyslným. Čtvrtým předpokladem je osobní angažovanost, která úzce souvisí s předchozím bodem. Jakmile začne někdo kalkulovat, že daný úkol je pro něj příliš těžký a proč by se do něj pouštěl, když hrozí riziko, že bude neúspěšný. Vždyť si na něm může vylámat zuby ten druhý, ten angažující se. Schopnost vymanévrovat z těchto obtížných situací se jeví jako schopnost vymanévrovat z dalšího lidského růstu. A konečně posledním předpokladem dialogu je, že musíme využít všech vnitřních složek svého nitra a naopak nesmíme použít všech prostředků zápasu. *Jakmile se totiž dialog mění v zápas o úspěch za každou cenu, tak nenávratně končí*³¹.

³⁰ „Člověk v krizi – desatero první pomoci“ – Jan Kulhánek [on - line]

Dostupné na www.psychologie.doktorka.cz [cit. 17.2.2007]

³¹ MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*, 3.vyd., Praha: AKROPOLIS, 2004. ,

Kontakt s klientem

Vnímat klienta můžeme dvěma způsoby. Pasivně, kdy se opíráme proti němu, jsme dle Koprivky opouzdření proti jeho problémům. Nebo aktivně - jsme otevření, přistupujeme k němu zvědaví na to, co se uvnitř něj děje³². Vnímavý kontakt nám umožňuje rozumět lidem.

Naslouchání je velmi důležitý aktivní proces při kontaktu s klientem. Znamená pozorně sledovat, co druhá osoba říká, bez vnášení vlastních názorů, rad, komentářů.

Klienti pečovatelské služby však mají zájem se hlavně vypovídat. To je to po čem se jim uleví. Kontakty s jinými lidmi jsou velmi omezené z důvodů jejich mobility. Tudíž mnoho věcí, které mají na srdci přenáší na pečovatele.

5.3. Rady

Naše myšlení a vědomí i představy o stáří jsou odrazem prostředí, ve kterém žijeme. Hledejme zde příčiny a pokusme se položit vedle sebe minulé i přítomné³³.

Různé přístupy k aktivnímu způsobu života :

- aktivity pro seniory rehabilitační cvičení, gymnastika, sport
- relaxace, kvalitní odpočinek a dobrý spánek
- radost a psychické uvolnění, otužování, vodoléčba
- masáže, pohybové a dechové činnosti
- harmonizující pohyb – pomalý, vědomý, klidný, soustředěný, doteky, poklepy, masáže, automasáže, příjemná hudba,
- dráždivá terapie, akupunktura, akupresura
- sexualita
- výživa a životospráva pitný režim,
- alkohol, kouření, drogy
- redukce nadváhy, biomedicína, léčivé rostliny, homeopatické léky
psychoterapeutická opatření, autogenní trénink, autohypnóza, jóga
- psychoterapie těla, psychoterapie duše
- víra
- mezilidské vztahy, komunikace a motivace seniorů

³² KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, Praha: 2. vyd. PORTÁL, 1997.

³³ ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*, Praha: PORTÁL, 2004.

5.4. Prevence duševních poruch ve stáří

Jedním ze základních faktorů preventivních opatření je přiměřená aktivita staršího člověka. To jak v oblasti fyzické, tak i duševní. Ukazuje se, že největším nebezpečím pro seniora je nicnedělání - inaktivita. Zažité představy před odchodem do důchodu, že se jedná o zasloužený odpočinek tomuto nebezpečí jen napomáhají. Starší člověk by měl dělat vše, na co mu síly a schopnosti stačí. Neměl by se bránit ničemu novému. *Pravidelným zatěžováním fyzických i duševních schopností lze nejen udržet, ale někdy i zvýšit vlastní potenciál. Pokud nezasáhne do života jedince nemoc, je přiměřená aktivita prvotní záležitostí v prevenci duševních poruch, jako je neuróza a deprese ve stáří³⁴.*

³⁴ KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*, Č.Budějovice: 2.vyd. JU ZSF, 2005.

6. Průzkum klientely MCH

6.1. Cíl a předmět výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je zájem o pomoc seniorům nejen fyzicky, ale i psychologicky, jde o poskytnutí duševní či duchovní „potravu“.

Pečovatelskou službu vyhledávají hlavně ti, co již nemohou sami zvládnout fyzicky vše potřebné pro svůj plnohodnotný život. Většinou jde o seniory, kteří trpí nějakou chronickou nemocí a nejsou tudíž schopni sami vycházet z bytu. Průzkum by měl potvrdit, nebo vyvrátit zda očekávají vztah seniori od pečovatelů. Zda očekávají úkony jen smluvní – nákupy, úklid, podání léků nebo jídla....., nebo počítají se vztahem? Předpoklad vztahů je poměrně zřejmý. Průzkum se bude zabývat tím o jaký vztah půjde. Vztah, který se dá nazvat přátelstvím, či jinou formou.

Ve výzkumu by se mělo prokázat, zda seniori a pečovatelé k sobě přistupují ohleduplně, s láskou a porozuměním. Nebo zda se chovají jeden k druhému nadřazeně, jakoby s mocenským cílem ovládnout toho druhého. Tam, kde chybí porozumění a empatie, lze těžko najít společnou řeč a pochopení.

6.2. Metodika výzkumu

Pro výzkum tohoto problému bude použita metoda rozhovoru s jednotlivci v domácnosti. Přednost pro výzkum budou mít seniori, kteří žijí osamoceně. V rozhovoru se budeme zabývat jejich životem v minulosti, postupně se pomocí otázek dostaneme do současnosti. Budeme zjišťovat jejich názory na spolupráci s pečovatelskou službou. Je možné si dělat poznámky, protože otázky budou v písemné podobě. Nebudeme však nutit seniory cokoli psát, protože do značné míry to může znamenat problém. Mohou být postiženi neschopností psát. Ze zkušeností se seniory víme, že raději mluví a vypráví příběhy. Mnohdy otočí hovor jinam, takže je potřeba rozhovor s nimi vést.

Pro vyhodnocení výsledků je potřeba provést rozhovor minimálně u pěti seniorů, maximálně bude postačovat deset rozhovorů. Výsledky budou dost obsáhlé, protože z vyprávění, které bude trvat asi hodinu se dozvíme poměrně mnoho informací. Průzkum se uskuteční v jednom městě, z toho vyplývá, že pomůže jedné organizaci ve směřování svých doporučení, jak jednat se seniory.

6.3. Harmonogram

Rozhovory lze uskutečnit v průběhu jednoho týdne. Každý den může být proveden jeden, maximálně dva rozhovory. Po ukončení rozhovorů je možné uskutečnit vyhodnocení. Protože odpovědi budou převážně rozsáhlé a většina otázek bude otevřených, pak předpokládané vyhodnocení je plánováno zhruba na dobu 14 dní. Je připraveno celkem 17 otázek. Hodnotit se budou hlavně otázky č.2, 3, 9, 10 a č.17. Ostatní otázky jsou doplňující, mohou nám pomoci při vedení rozhovoru, i při vyhodnocení výzkumu.

6.4. Hypotéza

Výsledky by měli potvrdit nebo vyvrátit teoretické poznatky uvedené v této práci.

Zároveň mohou pomoci ukázat cestu, kudy se ubírat při práci se seniory. Průzkum buď potvrdí správnost počínání pečovatelské služby, nebo může vyvrátit naše snahy o profesionalitu. Někdy nestačí umět uklízet nebo ošetřovat. Je další umění být lidský, chápavý, slušný, empatický, zodpovědný, přinést dobrou náladu a porozumění.

Osobní pohoda seniorů se skládá z duševní, tělesné i sociální pohody, je spojována s kvalitou života. K pozitivnímu prožívání všedního dne, k pocitu klidu a bezpečí může přispět mnoho věcí. Z výzkumu se chceme dovědět, zda k této pohodě napomáhá pečovatel. Zda vytváření vztahů mezi seniory a pečovateli obohacuje život seniora.

6.5. Otázky

1. Co pro vás v životě mělo smysl (hodnotový žebříček), změnilo se dnes něco?
2. Měla nebo má vliv na váš duchovní život víra?
3. Ovlivnila kvalita vztahů v rodině váš současný život?
Myslíte, že jsou vztahy k pečovatelkám/lům též důležité?
4. Kdy je vám dobře?
5. Jsou na vás kladeny cíle, které jste schopen/a splnit?
6. Dáváte důraz na slušné oblečení? Je důležitější než komunikace?
7. Pomáhá vám když pomalu a zřetelně mluvíme?
8. Jsou podle vás naše cíle zaměřeny nejen na pomoc, ale i na obohacení druhých?
9. Jaký názor máte na učení a výchovu.
10. Vadí vám, že se musíte pořád něco učit?
11. Kdy vám není dobře?
12. Znáte někoho, kdo vám chce poroučet?...
13. Jak se reagujete na rozporuplné požadavky?
14. Dáváte úkoly radši vy, nebo přistoupíte na doporučení jiných?
15. Jste rádi, že sem někdo dochází? Vyhovuje vám, že si zároveň můžete pohovořit?
16. Jak přijímáte pečovatele? Záleží vám na tom kdo přijde?
17. Lze porovnat komunikaci s pečovateli za stejně důležitou, jako službu, kterou pro vás vykonává?

6.6. Výsledky průzkumu

Základní statistické údaje

Městská charita v Č. Budějovicích má v péči 178 uživatelů služeb, kteří jsou v péči dvou středisek. Počet uživatelů se neustále mění, nejčastěji z důvodů hospitalizace, odchodu do ústavního zařízení nebo z důvodu úmrtí. MCH neustále však přijímá nové uživatele. Počty uživatelů se tak často mění. Z dlouhodobého hlediska však počet uživatelů narůstá.

Nejčastější onemocnění uživatelů

- omezení pohybového ústrojí.....90%
- srdeční a cévní onemocnění.....70%
- cukrovka.....30%
- demence - parkinsonova nemoc.....20%
 - alzheimerova nemoc40%
- nádorová onemocnění.....15%
- duševní onemocnění.....10%

Z této tabulky vyplývá, že duševními chorobami trpí zhruba 20 uživatelů z celkového počtu všech uživatelů služeb MCH. Nejedná se vždy o neurózu nebo depresi. Údaje o duševních chorobách klientů jsou chráněny lékařským tajemstvím. Informace jsem mohla získat jen od klientů, kteří prokazatelně požívají farmaceutické medikamenty a zároveň mi dali svolení k rozhovoru zaměřenému na tento průzkum. Oslovila jsem 6 uživatelů (1 muž, 5 žen).

Vzdělání dotazovaných

- vysoká škola.....3
- úplné střední vzdělání.....2
- střední škola.....1

Z rozhovorů vyplývá jednoznačně, že všichni pohlížíjí na pečovatelskou službu jako na profesi, která jim sice pomáhá, mnohdy i obohacuje, ale nemůže je uzdravit. Se svými nemocemi zůstávají sami a sami se s nimi musejí vyrovnat. Jsou rádi, že docházíme. Většinu dne a hlavně v noci jsou však sami. Zajímavé je, že jsou sami v podstatě rádi. Potřebují si odpočinout a promyslet mnoho záležitostí. Někdy jsou jejich myšlenky „černé“, a ještě „černější“. Nikdo z nich si však neudělá z pečovatelky kamarádku či přítelkyni. Uznávají, že vztahy se vytváří, ale jsou založené na pracovním charakteru. Jsou srovnatelné se vztahy kolegů na pracovišti. Všichni, se kterými jsem hovořila potřebují komunikaci, ta většinou nevázne. Téměř vždy ji vítají. Je to pro ně tak trochu společenská událost. Rádi se svěřují se svými bolestmi, nebo vzpomínají na prožité zážitky ve svém životě. Problém nastane tehdy,

když se objeví nová pečovatelka a senioři ji neznají. Různě dlouho trvá, než si zvyknou, než ji takzvaně pochopí. Neurotičtí či depresivní klienti si vždy najdou cestu k pečovatelkám, (na rozdíl od zdravých klientů, kde to vždy nevyjde, jsou asi vybíravější na kontakty – ale tato problematika nebyla předmětem mého průzkumu).

Suicidální myšlenky je též provází. Většinou se těší na odchod z tohoto světa. Také přemýšlí o tom jak urychlit tuto cestu. V této problematice má velký význam víra. Z šesti dotázaných, až na jednu klientku, jsou všichni věřící. Ta jedna by byla radši, kdyby to udělal někdo jiný. Všem ostatním víra zakazuje sáhnout si na život, který si sami nedali a tudíž mají strach z něho takového provést. Provází je pocit viny za takovéto myšlenky. Víra jim dává sílu překonávat překážky. Zde jsem zaznamenala větší prospěšnost tohoto smýšlení pro pečovatelky, které spíš pracují se silou vůle než se silou víry.

Ještě zbývá vyjádření k problematice učení. Žádný z oslovených klientů si nepřipouští, že se stále něco učí. Jiný přístup ke svému tělu (méně aktivnímu) je vede k myšlence, že jde o zapomínání. Když je požádáme, aby se naučili například používat nějakou pomůcku, která jim usnadní pohyb, je to otázka na dlouhou dobu přemlouvání. Nechce se jim pochopit nové možnosti, myslí si, že už žádné možnosti nemají. Přesto se nám v mnoha případech daří je něco naučit. Pak mají radost ze změny, která jim pomohla. To jsou ty chvíle, kdy senioři chválí význam pečovatelské služby.

U seniorů s duševním onemocněním jsou objednané služby samozřejmě nejdůležitější. Komunikace je potřebná, ale ne stěžejní. Větší pomoc přináší naše rady a schopnost seniory něco naučit a tak jim zpříjemnit poslední závěrečnou fázi života.

Seznam literatury :

- DETHLEFSEN, T. *Znovuzrození*, vyd.n. Praha: PRAGMA, 1997, ISBN 80-7205-41-7
- FROMM, E. *Člověk a psychoanalýza*, Praha: 1.vyd. SVOBODA,1967. 25-078-67
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*, Praha: Panorama,1990. ISBN 80-7038-158-2
- HAVLÍK, J.,VURM, V. *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*, Č.Budějovice: JU ZSF,1.vyd. 2004. ISBN 80-7040-725-5
- HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*, Praha : Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
- HAWKINS, P.,SHOLET,R. *Supervize v pomáhajících profesích*, Praha: PORTÁL, 2004. ISBN 80-7178-715-9
- HORNEY,K. *Neuróza a lidský růst*, Praha: 1.vyd.TRITON, 2005. ISBN 80-7205-715-4
- CHODURA,V. *Komunikace a duševní poruchy*, Č.Budějovice: 1.vyd. JU ZSF, 2000. ISBN 80-7040-409-4
- KAŠPARCOVÁ, P. *Světlo v nás*, vyd.1.Liberec: SANTAL, 1995, ISBN 80-901531-1-9
- KOPŘIVA,K. *Lidský vztah jako součást profese*, Praha: 2.vyd. PORTÁL,1997. ISBN 80-7178-150-9
- KRAMÁŘOVÁ, N. TUČEK, J. *Gerontopsychiatrie*, Č.Budějovice: 2.vyd. JU ZSF, 2005. ISBN 80-7040-829-4
- KRATOCHVÍL,S. *Jak žít s neurózou*, 3.vyd. Praha: PORTÁL, 2000.ISBN 80-7178-478-8
- KÜHNER CH..WEBER I. *Predchádzanie depresiám*, Bratislava: F TRENČÍN, 2003, ISBN 80-88952-09-3
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ.D. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: GRADA PUBLISHING, 1998. ISBN 80-7169-195-X
- MACHOVEC, M. *Smysl lidské existence*, 3.vyd.,Praha: AKROPOLIS, 2004. ISBN: 80-7304-046-8,
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, 1. vyd. Praha: PORTÁL, 2003. ISBN 80-7178-548-2
- NAZARE-AGA,I. *Nenechte sebou manipulovat*, 1.vyd. Praha: PORTÁL, 1999. ISBN 80-7178-256-4
- PRAŠKO, J.,PRAŠKOVÁ,H.,PRAŠKOVÁ,J. *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: PORTÁL, 2005. ISBN 80-7178-809-0
- ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*, 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1,
- ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha : PORTÁL, 2004. ISBN 80-7178-829-5,str.331
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*, 2.vyd. Praha : ORBIS, 1975. 02/9 11-006-75

- ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*, Praha: PORTÁL, 2004. ISBN 80-7178-920-8
- TOŠNEROVÁ, T. *Příručka pečovatele*, Praha: AMBULANCE PRO PORUCHY PAMĚTI, 2002. ISBN 80-238-8541-3
- VACEK, J. *O nemocech duše*, Praha, 1.vyd. MLADÁ FRONTA, 1996. ISBN 80-204-0535-6
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*, 1. vyd. Praha : PORTÁL, 2000. ISBN 80-7178-308-0,
- VODÁČKOVÁ, D. a kol. *Krizová intervence*, 1.vyd. Praha: PORTÁL, 2002. ISBN 80-7178-696-9
- WOLF, J. a kol. *Umění žít a stárnout*, 1.vyd. Praha: SVOBODA, 1982. 73/509-21-8.5
- ZAHRÁDKOVÁ E.: *Teambuilding*, 1.vyd. Praha : PORTÁL, 2005. ISBN 80-7367-042-9

Elektronické zdroje

„Člověk v krizi – desatero první pomoci“ – Jan Kulhánek [on - line]

Dostupné na www.psychologie.doktorka.cz [cit. 17.2.2007]

„Deprese v pozdním věku“ [on-line]

Dostupné na www.portal.cz [cit. 26.3.2007]

„Depresivní poruchy“ [on-line]

Dostupné na www.stopstigmapsychiatrie.cz [cit. 23.3.2007]

„Důležité otázky života“ [on-line]

Dostupné na www.znateho.cz [cit. 25.4.2007]

„Nenechte radost odejít“ [on-line]

Dostupné na www.deprese.com [cit. 23.3.2007]

„Pečující on – line“ [on-line]

Dostupné na www.pecujici.cz [cit. 23.3.2007]

„Recenze knih“ [on-line]

Dostupné na www.knihovnice.cz [cit. 28.3.2007]

„Úvahy o smyslu života“ – konference v Mexiku 1980 [on-line]

Dostupné na www.humanisti.cz [cit. 8.5.2007]

„Úzkostné poruchy“ [on-line]

Dostupné na <http://cs.wikipedia.org> [cit. 22.3.2007]

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách; Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Abstrakt

DOHNALOVÁ, H. *Význam pečovatelské služby u seniorů s duševním onemocněním.*

Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2007.

Klíčová slova : duševní choroba, smutek, neuróza, deprese, duchovní rozvoj, víra, senioři, sociální kontakt, komunikace, služba, pečovatel, vztahy.

Z názvu práce vyplývá, že teoretická část mé práce se zabývá pozdním stářím, které často provází nemohoucnost. Senioři ztrácí schopnost pohybu a sociálního kontaktu, ztráta jejich blízkých vede k velkým otřesům v psychice. A senioři ztrácí i schopnost prožívat štěstí a radost. Na sklonku svého života jsou navíc odkázáni na cizí pomoc.

Šlo mi o to dokázat zda pomoc v domácnosti je pro seniory koupenou službou, nebo pečovatelé doplňují i chybějící moment v kontaktu a v komunikaci s okolním světem.

V závěru práce předkládám výsledky průzkumu, který jsem provedla u uživatelů služeb domácí péče.

Abstract

DOHNALOVÁ, H. *The importance of home care service in a case of seniors with mental disabilities.*

Theological faculty of Southern Bohemian University, České Budějovice, 2007.

Key words: mental illness, sadness, neurosis, depression, spiritual advancement, belief, seniors, social contact, communication, service, carer, relations.

As the title of my paper suggests, the theoretical part of it concerns mainly a late old age, which is often connected with powerlessness. I maintain a position, that large disruptions in the mental state of the late old people are rooted in a loss of physical motion as well as they stem from vast absence of social contacts. Hand in hand with it comes an evanescence of seniors' ability to enjoy pleasure and happiness. In their declining years they are very reliant on the other people's help.

I was looking for proofs of how much the household help is only a paid service, or how much carers fulfil missing contacts and communication with the outside world for seniors.

In the end of my thesis I present search results, which I carried out with home care services clients.