

Šárka Dořičáková

Sociální práce se seniory



OSTRAVSKÁ UNIVERZITA
FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

**Fakulta sociálních studií
Ostravská univerzita**

2020

Tento text vznikl v rámci projektu:
Příprava videozáznamů pro on-line formu výuky s využitím konzultantů z praxe
a tvorba a adaptace výukových materiálů pro studenty s SPP
Registrační číslo: IRP202005

Šárka Dořičáková

Autor: Mgr. Šárka Dořičáková, Ph.D.

© Šárka Dořičáková

Recenze: Mgr. Veronika Mia Zegzulková

© Ostravská univerzita, 2020

ISBN 978-8-7599-217-8

Obsah

| | |
|--|----|
| ÚVOD | 5 |
| 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ..... | 6 |
| 1.1 Konceptualizace pojmů stárnutí a stáří..... | 6 |
| 1.2 Změny ve stáří..... | 8 |
| 1.3 Sociální gerontologie jako vědecká disciplína | 11 |
| 1.4 Demografický vývoj v ČR a EU | 13 |
| 2 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY STÁŘÍ | 15 |
| 2.1 Specifické problémy ve stáří..... | 15 |
| 2.2 Ageismus..... | 16 |
| 3 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ | 18 |
| 3.1 Koncept aktivního stárnutí a kvality života ve stáří | 19 |
| 3.2 Trojí koncepce stárnutí | 20 |
| 3.3 Potřeby ve stáří | 21 |
| 3.4 Senior a mezigenerační vztahy | 24 |
| 4 RIZIKOVÉ SITUACE SENIORSKÉHO VĚKU | 27 |
| 4.1 Odchod do starobního důchodu a změna sociálních rolí..... | 27 |
| 4.2 Sociální exkluze..... | 29 |
| 5 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY..... | 31 |
| 5.1 Východiska sociální práce se seniory..... | 32 |
| 5.2 Historický vývoj..... | 35 |
| 5.3 Trendy a koncepty sociální práce | 37 |
| 6 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY Z PERSPEKTIVY PRÁCE S JEDNOTLIVCEM 39 | |
| 6.1 Poradenství v sociální práci..... | 40 |
| 6.2 Individuálního plánování se seniory..... | 41 |
| 6.3 Komunikace se seniory | 42 |
| 7 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY V KONTEXTU RODINY | 44 |
| 7.1 Senior jako součást rodiny | 45 |
| 7.2 Sociální práce jako podpora fungování rodiny se seniorem. | 47 |
| 8 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY JAKO PRÁCE SE SKUPINOU..... | 49 |
| 8.1 Svépomocné skupiny | 50 |
| 8.2 Sociálně aktivizační programy pro seniory | 51 |
| 9 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY V KONTEXTU KOMUNITY | 53 |
| 9.1 Komunita a komunitní sociální práce..... | 53 |
| 9.2 Komunitní péče a komunitní vzdělávání | 54 |

| | | |
|------|--|----|
| 9.3 | Komunitní plánování v péči o seniory | 55 |
| 10 | SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY | 57 |
| 10.1 | Terénní a ambulantní sociální služby pro seniory | 57 |
| 10.2 | Pobytové sociální služby pro seniory | 58 |
| 10.3 | Rizika systému pobytových sociálních služeb | 59 |
| 10.4 | Sociální služby ve zdravotnických zařízeních | 60 |
| 10.5 | Standardy kvality v sociálních službách pro seniory | 61 |
| 11 | UMÍRÁNÍ A SMRT V KONTEXTU STÁŘÍ..... | 64 |
| 11.1 | Umírání | 64 |
| 11.2 | Smrt..... | 66 |
| 12 | SOCIÁLNÍ PRÁCE S POZŮSTALÝMI | 67 |
| 12.1 | Sociální práce s rodinou umírajících seniorů a s pozůstalými | 67 |
| 12.2 | Poradentství pro pozůstalé..... | 68 |
| 13 | PALIATIVNÍ PÉČE A HOSPICOVÁ PÉČE | 71 |
| 13.1 | Paliativní péče | 71 |
| 13.2 | Hospicová péče..... | 73 |
| | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 75 |

ÚVOD

Cílem předmětu je seznámit studenty s problematikou seniorů současné společnosti, poukázat na klíčové změny ve stáří a jejich sociální důsledky, které mají dopad na život seniorů. Kurz se snaží přiblížit principy sociální práce se seniory a to jak v kontextu jednotlivce, rodiny, skupiny i komunity. Důraz je kladen na porozumění poskytování sociální pomoci seniorům s ohledem na jejich osobní autonomii v rámci sociálních služeb.

Sociální práce se seniory vyžaduje zkoumání různých teorií a metod sociální intervence, zejména těch, které jsou přímo specifické pro práci se seniory. Tyto teorie odrážejí různé způsoby konceptualizace teorií stárnutí. Přímá sociální práce musí vycházet z hodnot, jelikož se sociální pracovník mnohdy potýká s častými riziky a dilematy, a to jak v rozhodovacích, tak v náročných situacích, které představují strukturální překážky a prostředí. Zvláštní problémy vznikají při práci s osobami staršího věku, jejichž rozhodování je nejisté, proto je nutné dodržovat etické zásady intervence. Sociální práce pro seniory nabízí specifické postupy, které lze rozlišit na práci s jednotlivci (se seniory), práci se skupinou (s rodinou seniora, nebo se skupinou starších lidí) a na práci komunitní, kde sociální pracovník realizuje sociální práci zejména zprostředkováním adekvátní sociální služby. Individuální metody sociální práce se seniory lze diferencovat na terénní práci v přirozeném prostředí seniora, nebo na sociální práci v sociální instituci. Cílem je posílení soběstačnosti seniora, sociální pracovník vykonává činnost v souladu s etickými zásady. Nástroji sociální práce se seniory jsou zejména sociální služby, poradenství, technické a materiální zajištění potřeb a psychosociální podpora. Práce s rodinou a se skupinou vyžaduje vzájemné porozumění vztahů mezi jednotlivci. Pečovatelé mají své vlastní potřeby stejně jako práva, jež jsou dána právními předpisy.

Sociální praxe je však stále více ovládaná finančními prostředky a byrokratickými prioritami, a to i přesto, že se zaměřuje na potřeby klientů. Sociální pracovníci tak musí disponovat odbornými schopnostmi, aby dosáhli posilujících forem praxe, které posilují samotné zájmy starších lidí

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

V posledních letech se setkáváme s faktem, že populace stárne a tím stoupá i počet klientů staršího věku v sociální práci, se kterými sociální pracovník dostává do kontaktu v souvislosti s poskytováním sociálních služeb.

V první části této kapitoly se seznámíme se základními pojmy stárnutí a stáří a se změnami, které bezpochybně v procesu stárnutí nastávají. Následující podkapitola vymezí sociální gerontologii jako vědeckou disciplínu. V poslední části se seznámíme s demografickým vývojem v ČR i EU.

1.1 Konceptualizace pojmů stárnutí a stáří

Stárnutí (proces): komplexní a dynamický bio-psycho-sociálně-spirituální proces, přirozeně involučních (regresivních) a adaptačních změn. Jednou z výrazných složek stárnutí je různým tempem probíhající pokles potenciálu zdraví, odolnosti a adaptability (Čevela a kol., 2014). Projevují se důsledky involučních změn funkčních i morfologických – interindividuální variabilita. Komplexní¹ přístup je v poslední době součástí sociální práce a lze se domnívat, že začíná tehdy, když se sociální pracovník při setkání se zájemcem o službu nejdříve zeptá, jak se cítí a až následně zvažuje a rozhoduje, jakou službu či dávku potřebuje.

Stárnutí je přisuzováno nejen jedincům, ale také populacím. Populace však stárne strukturálně, mění se její složení, narůstá podíl osob v seniorském věku, zatím co jedinci stárnou biologicky a fatálně, proto je nutné tyto dva různé procesy rozlišovat a nezaměňovat (Rabušic, 2002). Stárnutí populace je mnohdy pojeno a diskutováno optikou standardních demografických indikátorů jako je porodnost, úmrtnost, naděje na dožití a migrace (Kubalčíková a kol., 2015).

Stáří (stav): pozdní fáze ontogeneze, poslední vývojová etapa, která završuje lidský život.

¹ Pracovník v sociálních službách vykonává: *pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence* (§ 116 odst. 1 písm. c. zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Jednou ze základních charakteristik stárnutí a stáří je **věk**. Nutno zdůraznit, že každý člověk stárne již od narození, stárne však individuálně, odlišným způsobem. U někoho se známky stárnutí projevují velmi brzy, jiní jsou ve všech oblastech čilí až do vysokého věku.

Rozlišujeme věk chronologický, funkční a subjektivní:

- chronologický věk je dán datem narození,
- subjektivní věk je stanoven tím, jak se člověk cítí, přičemž chronologický a funkční věk nemusí být totožný.
- funkční je dán biologickým, psychologickým a sociálním stavem daného člověka.

Biologický věk je dán stárnutím buněk, postihuje organické změny² člověka, což je znatelné úbytkem funkcí jednotlivých orgánů. Značný vliv má také předcházející způsob života a vnější prostředí (Kalvach a kol., 2004).

Psychologický věk je individuální u každého jedince, je ovlivněn osobnostními rysy člověka, psychickými změnami a situacemi, kterými v průběhu stárnutí prošel, ale také svým postojem a reakcemi na vlastní stáří.

Sociální věk zahrnuje různé stránky sociálního života člověka. Jedná se zejména o jeho vztahy ke společnosti, k jiným lidem, aktivitám ve společnosti, současně souvisí se změnou sociálních rolí a ekonomickým zabezpečením po nástupu do starobního důchodu (Čevela a kol., 2014).

Vývojová etapa stáří začíná od 60 do 74 let, jež značíme za rané stáří, které reprezentují mladí senioři. Vlastní stáří začíná teprve od 75 do 89 let, kde hovoříme o stařeckém věku. Vysoký věk, dlouhověkost, je specifikován 90 lety a více (Haškovcová, 2010). Klasifikaci stáří stanovuje Světová zdravotnická organizace (WHO, 2016), následujícím způsobem, shodně ji vymezují také Sýkorová (2007), Haškovcová (2010), Čeledová, Kalvach a Čevela (2016):

- 60-74 let: vyšší věk, rané stáří, senescence,
- 75-89 let: stařecký věk, vlastní stáří, sénium,

² Existují však případy, kdy hovoříme o syndromech předčasného stárnutí, geneticky zakódovaných poruchách. Mezi tyto poruchy můžeme řadit např. progerii, kdy ke stárnutí dochází již kolem dvanáctého roku života u dětí a ve dvaceti letech umírají. Geneticky podmíněn je také Wernerův syndrom (progerie dospělých), kdy proces stárnutí začíná v období zletilosti a ve věku 40-50 let takto nemocní umírají. Vzhled nemocného tak neodpovídá chronologickému věku (Kalvach a kol., 2008). Do geneticky podmíněných progerií můžeme řadit i Downův syndrom, u kterého se degenerativní projevy objevují již po čtyřicátém roce života (Vágnerová, 2008).

- 90 let a více: dlouhověkost, patriarchium.

Registr poskytovatelů sociálních služeb oproti výše uvedenému vymezuje věkové kategorie uživatelů odlišně tímto věkem:

- mladší senioři 65-80 let,
- starší senioři: nad 80 let (MPSV, 2020).

K zamyšlení

Přibývá a bude přibývat lidí dlouhověkých i déle žijících 100 let, naděje na dožití dosáhne plynule 85-90 let.

Dlouhověká populace se bude dožívat 105-110 let.

Je neudržitelné, aby periodizace kalendářního věku stáří byla stanovena na 65 let, ale spíše v rozmezí od 75 do 80 let.

Něco pro zajímavost

Francouzka Jeanne Calment, která se narodila 1875 a zemřela v roce 1997 ve věku 122 let a 164 dní (Robine, Allard, Herrmann and Jeune, 2019).

Japonec Jiroemon Kimura, který se narodil v roce 1897 a zemřel v roce 2013, žil 116 let a 54 dní (Matsuyama and Langeland, 2013).

1.2 Změny ve stáří

Starší lidé mají znalosti, dovednosti, ale také moudrost. Mechanismy, které jsou základem chování, se mění v průběhu života společně s nervovými systémy. S vyšším věkem se hromadí zdravotní potíže, jedinci jsou náchylní k novým nemocem a úrazům. Změny chování v procesu stárnutí souvisí zejména s biologickými procesy. Důsledkem biologických změn ať už z důvodu endogenního procesu stárnutí, úrazu či nemoci se může změnit i jejich chování. Z těchto důvodů, bychom měli porozumět procesu stárnutí a být schopni poskytovat způsoby řešení, jak se vyrovnat s problémy a potenciálem u starších osob (McGaugh and Kiesler, 2013).

Masoro and Austad (2006), rozdělují stárnutí na primární, sekundární a normální:

- primární stárnutí definují jako všeobecné změny, ke kterým dochází s věkem a nejsou způsobeny nemocí nebo životními vlivy,
- sekundární vymezují jako změny zahrnující interakční procesy s ekologickými vlivy a procesy onemocnění,
- koncept normálního stárnutí definují jako stárnutí v případě nepřítomnosti chorob a dodávají, že normální a přirozená smrt musí být vskutku vzácnou událostí.

V procesu stárnutí dochází u každého jedince k fyzickým i psychickým změnám, vše se odvíjí na individuální bázi.

U fyzických změn dochází k pozvolné involuci, ke změnám v pohybovém aparátu, v činnosti kardiovaskulárního systému, v metabolismu a zažívacím systému, v činnosti štítné žlázy a nervového systému, výkonnosti a svalové síle, v nosném aparátu, ale také ke změnám na smyslových orgánech (Křivohlavý, 2002).

Psychické změny se týkají otázek jako je intelektuální fungování, kognitivní schopnost, paměť a učení (Lymbery, 2005). Psychické změny souvisí zejména s kvalitou života. Velký vliv na psychiku seniora má prostředí a sociální vztahy s blízkými, nedostatek sociálních kontaktů vede k osamělosti a sociální deprivaci (Hrozenková a Dvořáčková, 2013). V oblasti psychických změn ve stáří u seniorů zaznamenáváme zejména sníženou kvalitu paměti, pokles intelektových funkcí, v myšlení dochází k oslabování logičnosti, zvyšuje se emoční labilita a oslabují se city. Senior si přeje pohodlí a klid, špatně se adaptuje na nové prostředí, současně se mění pořadí jeho životních hodnot. Typické vlastnosti seniora se zvyrazňují, okolí u něho může vnímat projevy tzv. stařecké povahy. Příkladem je, že dříve vlídný člověk je neochotný, ze spořivého člověka se stává lakomec, jeho reakce jsou pro okolí nečitelné, jeví se jako by ztrácel kontrolu nad svým chováním (Malíková, 2011).

Starší člověk je mnohdy ohrožen zdravotními problémy, změnou spojenou s odchodem do důchodu, kdy ztrácí své postavení, mění se mu výše příjmu, někdy se mu zhroutlí životní hodnoty, přichází o smysl života a jako jedinou schůdnou cestu volí bilanční sebevraždu. Psychické problémy spojené s depresí nejsou u seniorů mnohdy diagnostikovány, a proto ani léčeny (Kerr a kol., 2005). Zdrojem apatie

a deprese, či touhy po smrti může být samota. Člověk žije život uzavřený v sobě, v prostředí, ve kterém neexistuje řád. Tito lidé nejsou schopni žádných vztahů ani naslouchání druhým (Vanier, 2004). Okolí seniora obvykle tvoří mladší generace, která si jeho špatné nálady nemusí vůbec všimnout a v případě, že ji zaznamená, tak ji může chápat jako běžný doprovod stáří (Kubešová a kol., 2008).

Člověk se v procesu stárnutí musí přizpůsobit mnohým změnám, které souvisí s jeho organismem i se ztrátou sociálních rolí, či změnou životního stylu. Adaptace na změny však ve stáří probíhají mnohem pomaleji. Studie Reichardové z roku 1962, umožnila vymezit pět typů strategií, jak se vyrovnat s vlastním stářím.

1. **Konstruktivní strategie:** jedinec je dobře adaptován na stáří, je aktivní má reálné cíle, je spokojen se svým životem a akceptuje možnost smrti. Je dobře začleněn do sociálních vztahů, ve kterých se snaží být užitečný vzhledem ke svým schopnostem. Tito lidé obvykle prožili šťastné dětství i následné období svého života.
2. **Strategie závislosti:** jedinec je více pasivní, spoléhá na druhé, a předpokládá, že mu vše zprostředkují. Zodpovědnost přenechává druhým, stahuje se do soukromí a upřednostňuje klidné rodinné zázemí.
3. **Strategie obranná:** lidé jsou přehnaně aktivní, těžce se vyrovnávají se změnami, zejména se ztrátou sociálního postavení. Mnohdy se nadměrně kontrolují, dodržují tradice, mají pedantské sklony. Jejich reakce může přejít až do dalšího typu adjustace.
4. **Strategie hostility:** lidé tohoto typu jsou nepřátelští vůči druhým. Za své neúspěchy, které přicházejí se stářím, jež zjevně nastalo, kladou vinu druhým lidem nebo okolnostem. Soužití s nimi je problematické, mnohdy bývají agresivní a podezřívaví.
5. **Strategie sebenenávisti:** lidé v této poslední strategii viní ze všeho sebe sama, cítí se osamělí, bez vyhlídek do budoucnosti. Potýkají se s ambivalentními vztahy, neuspokojivým manželským vztahem, smrt je pro ně východiskem z neuspokojivého života (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Sýkorová, 2007; Křivohlavý, 2011; Sak a Kolesárová, 2012; Dvořáčková, 2012; Čevela a kol., 2014; Tomeš, Šámalová a kol., 2017 se shodují, že za seniory se

obvykle považují lidé ve věku od 65 let. Určení hranice stáří odchodem do důchodu však směřuje k tomu, že jsou senioři vnímáni jako homogenní skupina závislých osob, kteří potřebují společenskou a ekonomickou podporu dalších členů společnosti. Takový přístup neakceptuje biologickou, sociální, psychologickou a ekonomickou odlišnost (Kubalčíková a kol., 2015). Rovněž Hall a Scragg (2012) upozorňují na to, že rostoucí užívání pojmu starší lidé svědčí o tom, že společnost, ale i odborníci a tvůrci politik mají sklony k tomu, aby vnímali starší lidi jednotně, protože se domnívají, že mají homogenní potřeby, které vyžadují pouze potřebu stejných politických reakcí. Pevně stanovená věková hranice pro odchod do důchodu nemusí být přínosem pro společnost jako celek.

Otázka k zamyšlení:

Vybavíte si na základě vlastní zkušenosti se staršími lidmi nějaký jiný model adaptace seniora na jeho změněnou životní situaci?

1.3 Sociální gerontologie jako vědecká disciplína

Problematikou stárnutí a stářím se zabývá mnoho vědních disciplín, které se snaží pochopit podstatu a souvislosti tohoto procesu, jednou z nich je gerontologie. Pojem gerontologie pochází ze starořeckých termínů gerón-stařec a logos v překladu slovo, nebo nauka (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016). *Gerontologie je věda o stárnutí a stáří* (Haškovcová, 2010, s. 201). Sýkorová (2007) ztotožňuje gerontologii s gerontosociologií jako aplikovanou sociologickou disciplínou, což odůvodňuje tím, že většina teorií stojí na sociologickém základě a proto není v rozporu používat oba termíny jako synonyma. Stáří a stárnutí pojímá jako sociální kategorie a seniory jako sociální skupiny. Termín *gerontologie* se jako samostatný termín začal používat ve 30. letech 20. století (Haškovcová, 2010).

Gerontologie (gerontosociologie): věda, která se zabývá stářím a stárnutím (sociální kategorie) a seniory (sociální skupiny) (Sýkorová, 2007).

Tři směry gerontologie:

- **experimentální:** procesy stárnutí buněk,

- **sociální:** dopady stárnutí a stáří,
- **klinická (geriatrie):** specifické nemoci a léčba ve stáří, také samostatný lékařský obor.

Gerontologie experimentální je zaměřena na procesy biologického stárnutí buněk, tkání a orgánů. Současně studuje procesy biologického a psychologického stárnutí, z jejichž poznatků navrhuje procesy, které mohou stáří oddálit, či zeslabit (Haškovcová, 2010; Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

Sociální gerontologie se orientuje na sociální dopady stárnutí a stáří na člověka. Soustředí se na zdravé stárnutí a soběstačnost jedince ve stáří (Haškovcová, 2010), které je založeno na dostupnosti informací o preventivních programech a motivace získané informace využívat (MPSV, 2015). Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) ještě doplňují, že se sociální gerontologie soustředí zejména na vztahy mezi jednotlivci, společností a vztahy mezigenerační, neopomíjí však také nutné demografické, ekonomické a politologické souvislosti.

Gerontologie klinická neboli geriatrie je samostatný lékařský obor, který se zabývá specifickými nemocemi a léčbou ve stáří. V České republice vznikl obor geriatrie v roce 1983. Zaměřuje se na zvláštnosti jako je kumulace více onemocnění najednou, chronicitu a komplikace u lidí staršího věku (Haškovcová, 2010). Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) však gerontologii ani geriatrii neuznávají jako samostatnou disciplínu. Argumentují tím, že existují gerontologické instituty, publikace i vzdělávací poradny a kurzy, které se zaměřují právě na stáří.

Sociální práce vychází ze sociologie a postupně se vyvíjela i s dalšími vztažnými vědami. Sociální práce je v podstatě multiparadigmatickou vědou, proto by měl sociální pracovník disponovat širokým spektrem znalostí ze všech příbuzných oborů.

Zavázalová (2001) rozděluje **rizikové seniory** do devíti základních skupin:

1. Osoby velmi staré (80 či 90leté a starší).
2. Osoby vyššího věku v jednočlenných domácnostech,
3. Staré ženy, především osamělé a ovdovělé,
4. Staří lidé žijící v institucích.
5. Staří lidé žijící v izolaci (osaměle i v párech) Jedno z největších rizik v gerontologii.
6. Bezdětní staří lidé.

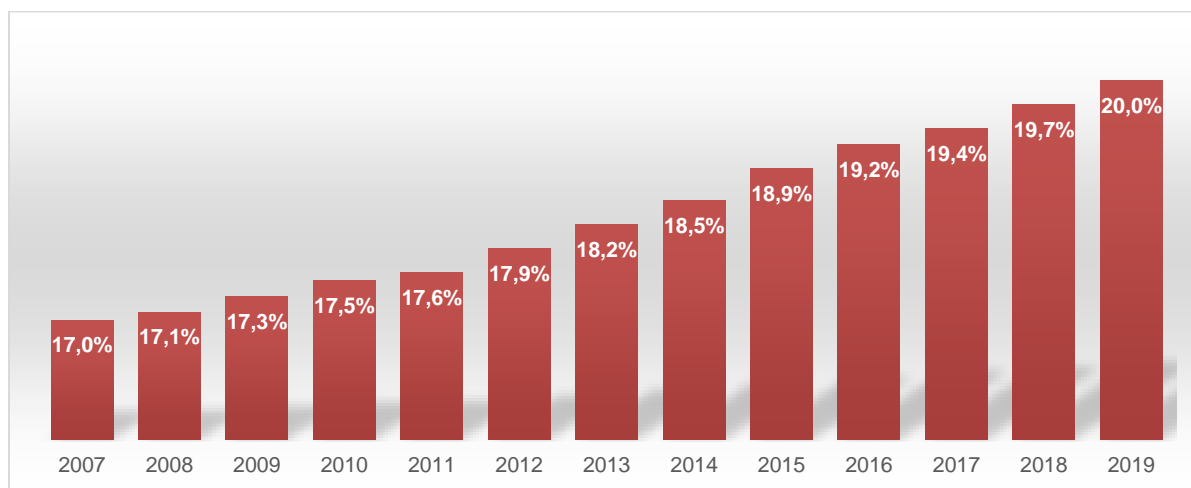
7. Staří lidé trpící zdravotním postižením.
8. Staré páry, v nichž jeden z partnerů je vážně nemocen nebo invalidní.
9. Staří lidé, kteří mají minimální důchody.

1.4 Demografický vývoj v ČR a EU

Stárnutí populace ovlivňuje demografickou strukturu ve všech zemích a stává se tak celosvětovou sociální výzvou (Čevela a kol. 2014; United Nations, 2015; Kubalčíková a kol., 2015; Veteška, 2017; Loužek, 2017). Počet lidí starších 65 let ke konci roku 2017 poprvé v České republice přesáhl hranici dvou milionů (ČSÚ, 2018).

V zemích Evropské unie (28 členských zemí v rozmezí let 2013-2020) tvořil v roce 2018 podíl populace ve věku 65 a více let 19,7 % (z toho podíl obyvatelstva ve věku 65–79 let činil 14,2 % a 80 let a více 5,6 %). V roce 2019 tento podíl dále stoupal, až celkový podíl obyvatel nad 65 let v zemích Evropské unie dosáhnul 20 %. Vzhledem k uvedené skutečnosti byla na mezinárodní úrovni přijata mnohá opatření směřující k podpoře politiky aktivního stárnutí (viz např. Zásady OSN pro seniory, 1991; Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí, 2002). Dále Evropská unie vyhlásila rok 2012 Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity.

Graf č. 1: Podíl populace ve věku 65 a více let v zemích EU



Zdroj: Eurostat, 2020

Z Grafu č. 1 je patrné, že v souvislosti s demografickým stárnutím populace lze předpokládat, že počet osob závislých na pomoci druhé osoby bude razantně stoupat, zatímco počet těch, kteří by mohli péči vykonávat, bude mít klesající

tendenci. Problematika stárnutí populace je v evropských zemích spojena zejména se třemi souvislostmi: (1) se stárnutím pracovní síly, čímž se snižuje počet ekonomicky aktivních občanů; (2) se zvyšujícími se nároky na penzijní systémy; (3) se zvyšujícími se požadavky na zdravotní a sociální péči pro seniory. Politické programy se nejčastěji zaměřují na ekonomické souvislosti, oblast organizace péče je však tematizována jen ojediněle (Dudová, 2015).

Stárnutí populace ovlivňuje také výkon sociální práce s cílovou skupinou seniorů, na kterou se musí sociální pracovníci zaměřovat.

Kontrolní otázky:

Vymezte pojem gerontologie.

Co si představujete pod pojmem rizikový senior?

Jaký je rozdíl mezi stárnutím a stářím?

Jak by podle Vás měla vypadat příprava na stáří?

Jak lze dělit věk?

2 SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY STÁŘÍ

Se stářím nastávají velké změny, v této kapitole se seznámíte se sociálními důsledky a následnými problémy, které s vyšším věkem přicházejí.

Ve stáří se člověk neustále musí přizpůsobovat novým problémům a nepříznivým změnám, jeho kompetence jsou vlivem stáří limitovány. Minulé zkušenosti nejsou použitelné pro situace nové, ztráty jsou definitivní a neodvolatelné. Většina lidí není na stáří připravena. Postoje k vlastnímu stáří podmiňují schopnost racionálního zhodnocení a emočního vyrovnání s nepříznivými změnami.

Nastává čas bilancování:

- cíl: postoj ke světu i k sobě samému,
- mizí tendence něco měnit: svůj život, okolní svět – vyrovnávání se s životem,
- přizpůsobení se svým potřebám,
- najít smysl zbývajících života – časová omezenost,
- období očekávaných ztrát – životní zlomy.

2.1 Specifické problémy ve stáří

Mezi specifické problémy řadíme zejména:

- rodinné soužití starých lidí,
- seberealizace seniorů,
- ztráta společenské integrace, samota,
- role starších osob,
- sociální a zdravotnická péče.

Oblast psychických a oblast sociálních problémů je velmi úzce propojena. Nejčastěji se jedná o problematiku **osamělosti a izolace** seniorů. Vágnerová (2007) zmíněnou problematiku vztahuje zejména na období tzv. pravého stáří (75 let a více), kdy často dochází k úmrtí partnera či vrstevníků, což pocity osamělosti a sociální izolaci prohlubuje. Zvládnout tyto okolnosti seniorovi by měla pomoci především rodina a jeho blízké okolí. Je však důležité poznamenat, že pocit osamělosti bývá mnohdy subjektivním a bývá označován jako **psychická dezolace**. Zmíněná problematika se

často vyskytuje například v domovech pro seniory, kdy člověk zažívá tyto pocity i přes to, že je v jedné budově s mnohými lidmi.

V seniorském věku je typická určitá **sebestřednost**, tedy přehnané soustředění se sám na sebe, která se může stát problémem, pokud vyústí až v **hypochondrii**. V tomto případě může být velice nápomocná psychoterapeutická péče. Další problémovou oblastí je **odchod do starobního důchodu**, kdy se člověk může potýkat s pocity prázdnoty, vykořenění či zbytečnosti. Otázkou tedy je, jakým způsobem je možné se s takovými pocity vyrovnat. Vágnerová (2007, s. 209) uvádí, že: *Za velmi úspěšné je možné označit programy podporující aktivní zapojení prarodičů v nukleární rodině*. Prarodič je tedy svojí aktivitou jednak nápomocný rodině, ale zároveň se mu může dostávat příjemného pocitu užitečnosti, když například něco učí svá vnoučata (Vágnerová, 2007). Do oblasti psychických problémů můžeme zařadit problematiku **zhoršování kognitivních funkcí** jako vnímání, pozornosti, paměti, představ, myšlení. Proto je důležité procvičování, které může například postupné zhoršování paměti zmírnit. K procvičování lze využít trénink paměti, kognitivní rehabilitaci, reminiscenci, orientaci v realitě. Kladné účinky má rovněž muzikoterapie, či relaxační techniky (Mlýnková, 2011). Langmeier a Krejčířová (2006) hovoří o **podnětové a emoční deprivaci**. Jako možnost řešení vidí v aktivizačních programech, které plní funkci preventivní, ale i terapeutickou. Může se jednat například o dobrovolnické programy pro seniory. Mlýnková (2011) uvádí problematiku **přizpůsobení se životním změnám, kdy je třeba seniora motivovat**. Pokud jde o problematiku adaptace na nové věci či situace, velkým problémem osob seniorského věku je **změna bydliště**, která nastává z mnoha důvodů, mezi které může patřit například snížená soběstačnost, či finanční situace. Taková změna bývá pro seniory velkou psychickou zátěží. Zde hraje opět významnou roli rodina seniora (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

2.2 Ageismus

Do popředí problému společnosti se čím dál tím více dostává společenská diskriminace. Diskriminaci můžeme definovat jako situaci, kdy je s osobou jednáno

negativním způsobem oproti druhé osobě, a to z důvodu rasy, věku, pohlaví, etnického původu nebo náboženství (Dvořáčková a Holczerová, 2013).

Ageismus můžeme definovat jako negativní předsudky a představy vůči osobám v seniorském věku. Postoj společnosti je založen na principu, že na rozdíl od mladé generace jsou senioři ve společnosti neužiteční a nemají čím přispět (Dvořáčková, 2010). Haškovcová (2012, s. 48) definuje ageismus jako *pestré projevy averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná*. Věková diskriminace je považována za porušování či potlačení práv starších osob. Toto nevhodné chování se projevuje nejčastěji ve zdravotních nebo sociálních zařízeních a v zaměstnání (Dvořáčková a Holczerová, 2013).

Pro mladou generaci, která upřednostňuje kult mládí, představují stáří lidé mnohdy zátěž a zvýšené náklady pro společnost. Tyto stereotypní předsudky o stáří mohou vzniknout z unáhleného hodnocení stáří či černo-bílého myšlení (Dvořáčková a Holczerová, 2013).

Na diskriminaci na základě věku můžeme pohlédnout ze dvou protikladných postojů. Na jedné straně je mladá generace vedena k úctě a pokoře ke starším osobám, na druhé straně je však postoj společnosti ke starším negativní a seniory berou jako společenskou a ekonomickou zátěž (Pokorná, 2010).

Kontrolní otázky:

Co řadíme mezi specifické problémy ve stáří?

Čím je specifické patologické stárnutí?

Co je to ageismus?

3 KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

V této kapitole se seznámíte se změnami kvality života ve stáří, s potřebami ve stáří, následně si vymezíme pojem senior a mezigenerační vztahy. Kvalita života je v posledních letech diskutovaným tématem, Walker (2010) kvalitu života charakterizuje jako multidimenzionální a dynamický koncept s mnoha vzájemně se k sobě vztahujícími subjektivními i objektivními prvky. Objektivní stránka kvality života odpovídá životním podmínkám každého jedince, subjektivní souvisí s pocitem spokojenosti a osobní pohody.

Předmětem intenzivního odborného zájmu sociální gerontologie v 21. století je právě zjišťování a hodnocení kvality života seniorů. V pomáhajících profesích se kvalita života považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, jež umožňuje hodnotit komplexně zaměřené intervence a programy. Názory starších lidí na to, co vytváří kvalitu jejich života, často oponují poznatkům o primární důležitosti zdravotního stavu a hmotného zabezpečení. Současně nelze opomenout, že kvalita života je zasazena do kulturního kontextu každé generace, současně souvisí s životním stylem, proto musí být její obsah ověřován a vymežován. Světová zdravotnická organizace zdůraznila subjektivnost hodnocení kvality vlastního života, její kulturní podmíněnost a vztah k individuálním hodnotám a způsobu jejich realizace. Kategorizaci konceptů kvality života z pohledu různých vědních disciplín vytvořil nizozemský badatel Ruut Veenhoven. Vytvořil model čtyř typů kvality života, které jsou vymezeny dimenzi vnější-vnitřní kvality života a dimenzi životních předpokladů a výsledků. Patří zde hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, pozitivního prožívání a celkové spokojenosti se životem, což obsahuje většina dotazníků kvality života (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

Kvalita života většinou zahrnuje fyzickou kondici a schopnost konat běžné každodenní činnosti, prožívání, vztahy s blízkými lidmi a širším sociálním okolím, a dále podmínky prostředí, ve kterém člověk žije. U lidí vyššího věku jsou hlavní dimenze kvality života modifikovány jejich potřebami v závislosti na stupni soběstačnosti. Důležitosti nabývá např. funkční stav, vitalita, pocit užitečnosti nebo existence sociální podpory, ale také sociální vztahy, aktivnost, schopnost vykonávat smysluplné činnosti a funkční kapacita. Za faktory pozitivně ovlivňující kvalitu života senioři považují zejména vlastní domácnost, finanční zabezpečení, osobní hodnoty

a postoje. S věkem klesá význam přičítaný práci a zvyšuje se důležitost zdraví. Pro lidi žijící v pobytových zařízeních bývá důležitá míra osobní autonomie, soukromí, nezávislost, možnost volby, strukturovanost času, sebehodnocení a adekvátní podpora v případě potřeby. Lidé žijící ve vlastní domácnosti považují za důležitý aspekt kvality života sociální začlenění. Lidé v pobytových zařízeních kladou důraz na kvalitu prostředí (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

3.1 Koncept aktivního stárnutí a kvality života ve stáří

Koncept aktivního stárnutí vychází z předpokladů, že pokud je senior zapojen do společenských vztahů a aktivit v různých oblastech života společnosti, je jeho život bohatší a zdravější. Komplexní koncept aktivního stárnutí by měl reagovat nejen na výzvy populačního stárnutí, ale také na životní strategii vedoucí ke spokojenému stáří. Walker (2002) identifikoval principy, které by se měly stát součástí konceptu. Jedním z nich je aktivita, která zahrnuje všechny smysluplné činnosti a uspokojuje tak jedince, jeho rodinu, komunitu či společnost obecně. Zahrnuje také všechny seniory, a to i ty, kteří mají nějaké omezení. Koncept by měl být preventivní se zaměřením na mezigenerační solidaritu a všech věkových kategorií. Současně by měl obsahovat práva, ale i povinnost je využít. Strategie by měla být **participační a zplnomocňující**.

Koncept kvality života ve stáří si každá generace vytváří v podstatě sama. Podle definice Světové zdravotnické organizace je nutné reflektovat kvalitu života očima staršího seniora, a to ve vztahu k jeho hodnotám, způsobu života i sociálnímu kontextu.

Pojetí kvality života:

- objektivní (mezinárodně srovnatelná),
- subjektivní (komplexní pohled seniora).

Kvalita života zahrnuje fyzickou kondici, soběstačnost v každodenních činnostech, prožívání, vztahy se sociálním okolím, ale také podmínky prostředí, ve kterém jedinec žije, neměla by být opomíjená také spirituální dimenze. Kvalitu života ve stáří snižuje demence, deprese a stereotypní představy o seniorech (ageismus) (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

Koncept aktivního (pozitivního) stárnutí souvisí s pojmy:

- participace: podílení se na životě společnosti, aktivní role seniora na rozhodování o vlastním životě včetně hájení a prosazování práv,
- zapojení: v rámci rodiny, společenství, komunity/obce,
- seberealizace: smysluplnost vlastní existence,
- být přínosem pro okolí: souvisí se společenským uznáním,
- celoživotní vzdělávání a pohybová aktivita,
- odpovědnost: přenesení odpovědnosti za vlastní zdraví, ekonomické zajištění, hájení a prosazování vlastních zájmů vede k posílení sebevědomí jedince, že může věci ovlivnit (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

3.2 Trojí koncepce stárnutí

1. Úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří

Zdravotní a funkční stav, psychická adaptace na stáří, ekonomická situace odpovídá nárokům prostředí a sociální situaci: spokojenost, seberealizace, participace. Důležitá nabídka aktivit, vytvoření prostoru a podmínek pro seberealizaci.

2. Obvyklé stárnutí a stáří

Nerovnováha mezi zhoršeným zdravotním stavem, psychickými potřebami, nároky prostředí a sociálně ekonomickými možnostmi: nedostatečná spokojenost, seberealizace a participace.

3. Patologické stárnutí

Zdravotní stav, adaptace, spokojenost, seberealizace a participace výrazně horší než u vrstevníků: rezignace, sociální exkluze, ztráta soběstačnosti, zanedbání, zneužívání. CHUDOBA. Klíčový je zdravotní stav, vstřícnost prostředí, životní události (ovdovění).

Podmínky úspěšného stárnutí:

- absence nemoci či postižení,
- vysoká úroveň fyzických i psychických funkcí,
- aktivní účast na životě.

Pod pojmem „aktivní“ si můžeme představit mimo fyzické aktivity a participaci na trhu práce také účast v oblasti sociální, ekonomické, občanské, kulturní i duchovní. Důležitá je potřeba podpory zdraví a adekvátního zajištění péče o zdraví, potřeba pocitu bezpečí ve fyzickém i materiálním ohledu. Můžeme zmínit také potřebu přispívat k životu společnosti pracovní činnostmi nebo dobrovolnictvím (Holmerová, 2013).

Nesmíme opomenout **potřeby**:

- být včleněn,
- být nezávislý,
- ustanovit smysl života – nejzákladnější potřeba stáří.

Stárnutí je proces osobnostního růstu a proces participace, senior může realizovat dosud nenaplněné potřeby:

- mizí zaměření na výkon,
- mizí povinnost udržovat si profesně společenské postavení (ženy / muži),
- mizí tlak prostředí / autentické potřeby,
- prostor věnovat se svým zájmům.

3.3 Potřeby ve stáří

V souvislosti s kvalitou života starších lidí se automaticky pojí větší náklady na zdravotní a sociální péči v souvislosti s posílením autonomie a soběstačnosti seniorů. V tomto kontextu nelze opomenout podporu a harmonický rozvoj všech složek osobnosti člověka od biologických až po spirituální. Potřeby lze dělit na základě různých kritérií, podle míry důležitosti rozlišujeme potřeby **nižší** a **vyšší**. Nižší potřeby jsou ty, jejichž pomocí člověk zabezpečuje základní funkce organismu, řadíme mezi ně např. fyziologické potřeby. Bez zajištění těchto potřeb je život jedince nereálný. Vyšší potřeby jsou sekundární, získávané až v průběhu života. Holistický přístup k člověku rozděluje lidské potřeby do čtyř skupin:

- sociální potřeby (uznání, seberealizace, intimita, interakce ve společnosti),
- psychologické potřeby (potřeba bezpečí, hodnota lidské důstojnosti),
- biologické potřeby (jídlo, pití, dýchání, spánek, pohyb, sexuální potřeby),

- spirituální potřeby (potřeba životního smyslu, odpuštění, lásky) (Příbyl, 2015).

Motivační teorie potřeb A. H. Maslowa

Dle Maslowa (2014) jsou lidské potřeby uspořádány od nejnižších k nejvyšším. Vyšší motivy se objevují, až když byly uspokojeny potřeby nižší úrovně. Všechny potřeby chápe jako základní, rozvádí dvě úrovně potřeb, vycházející ze dvou druhů motivace: **nedostatkové** a **růstové**. Prostřednictvím nedostatkových potřeb jedinec zabezpečuje biologické, psychické a sociální přežití. Jestliže jsou tyto potřeby neuspokojovány a jedinec trpí jejich nedostatkem, snaží se je nějak kompenzovat. Růstové potřeby vedou k osobnostnímu rozvoji jedince, sebeaktualizaci.

Maslow (2014) definuje tyto základní potřeby:

1. fyziologické potřeby (jídlo, teplo, sex),
2. potřeba bezpečí, jistoty,
3. potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti
4. potřeba uznání, úcty (potřeba nezávislosti, svobody, uznání),
5. potřeba seberealizace.

Později bylo pět základních potřeb rozšířeno o další dvě:

6. potřeba kognitivní (vědět/znát a rozumět/pochopit),
7. potřeba estetická.

Teorie potřeb M. Max-Neefa.

Manfred Max-Neef argumentoval, že základní lidské potřeby jsou nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné. Max-Neefova teorie potřeb - Model rozvoje lidské škály (Human-Scale Development) klasifikuje lidské potřeby jako konečné a to ve všech lidských kulturách a historických časových periodách, kde se však mění způsoby, jakými jsou v čase a mezi kulturami potřeby naplňovány.

Max-Neef a kol. (1991), klasifikuje tyto základní lidské potřeby:

- bytí (subsistence),
- ochrana,
- city/láska (affection),
- porozumění,
- participace,
- rekreaci (ve smyslu volného času, odpočinku, času na reflexi),

- kreace/tvoření,
- svoboda.

Potřeby jsou definovány v existenciálních kategoriích:

- bytí (being),
- vlastnictví (having),
- děláni,
- interakce.

Kombinací těchto dimenzí znázorňuje Tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Taxonomie potřeb podle M. Maxe-Neefa

| základní lidské potřeby | formy uspokojení (satisfiers) | | | |
|-------------------------|--|--|--|---|
| | bytí (kvality) | vlastnictví (věci) | dělání (jednání) | interakce (prostředí) |
| bytí/přežití | fyzické a mentální zdraví | jídlo, přístřeší, práce | jíst, oblékat se, odpočívat, pracovat | životní prostředí, sociální okolí |
| ochrana | péče, adaptabilita, autonomie | sociální zabezpečení, zdravotnictví, práce | spolupracovat, plánovat, pečovat, pomáhat | sociální prostředí, bydliště/obydlí |
| city | respekt, smysl pro humor, štědrost, smyslnost | přátelství, rodina, vztahy s přírodou | sdílet, starat se o, milovat se, vyjadřovat emoce | soukromí, intimní místa pro sdílení |
| porozumění | kritická kapacita, zvědavost, intuice | literatura, učitelé, politiky, vzdělání | analyzovat, studovat, meditovat, zkoumat | školy, rodiny, univerzity, komunity |
| participace | vnímavost, zasvěcení, smysl pro humor | odpovědnost, povinnosti, práce, práva | spolupracovat, vyjadřovat myšlení, nesouhlasit | asociace, strany, církve, sousedství |
| volný čas | imaginace, klid, spontánnost | hry, zábavy, pokojná mysl | denní snění, pamatovat si, relaxovat, bavit se | krajina, intimní prostory, místo, kde lze být sám |
| kreace | imaginace, smělost, vynalézavost, zvědavost | schopnosti, vlohy, práce, techniky | vynalézat, budovat, designovat, pracovat, skládat, interpretovat | místa pro vyjádření, workshopy/dílny, obecnstvo |
| identita | pocit sounáležitosti, sebeúcta, zásadovost | jazyk, náboženství, práce, zvyky, hodnoty, normy | poznat sám sebe, růst, odevzdat se | místa, kam patřím, prostředí každodennosti |
| svoboda | autonomie, vášeň, sebeúcta/hrdost, otevřená mysl | rovná práva | nesouhlasit, vybrat, riskovat, rozvinout uvědomění | kdekoliv |

Zdroj: Nešporová, Svobodová a Vidovičová, s. 26, 2008

Mnohé potřeby, které byly dříve dostatečně saturovány, mohou být ve stáří pociťovány jako deficitní (bezpečí), u jiných jako je volný čas se může projevovat nadbytek. U některých potřeb může docházet k jejich akcentaci, jedná se zejména o koníčky, u některých k zesílení (bezpečí), či oslabení (ekonomické zajištění). (Nešporová, Svobodová a Vidovičová, 2008). Jednou z důležitých potřeb spadajících do dimenze sebeaktualizace je potřeba **autonomie**. Podle Sýkorové (2007) je z pohledu seniorů autonomie vícesložkovým konceptem, ve kterém převládá fyzická soběstačnost, a to zejména zdraví v souvislosti se soběstačností, ale i psychická.

Ve vyšším věku se stává také potřeba spirituality významnější. V českém prostředí jsou mnohdy **spirituální** (duchovní) potřeby mylně chápány a redukovány jen na potřeby religiózních lidí, obvykle jsou také spojeny s paliativní péčí. Spirituální potřeby však obnášejí celý komplex hodnot u lidí společensky religiózních i nereligiózních a jejich respektování patří k celostnímu pohledu na člověka, který podporuje jakoukoliv práci se seniory. S nekoncepční péčí o duchovní potřeby se setkáváme v mnohých institucionálních zařízeních. Jejich nenaplnění negativně ovlivňuje celkový zdravotní stav jedince, mnohdy vede až k frustraci, ke spirituální bolesti z nenaplnění smyslu života. Spirituální potřeby se pojí s tématem vlastní minulostí, přítomností, odpouštění, potřebou lásky, ale i přípravou na smrt (Suchomelová, 2016). Jednou z opomíjených potřeb ve stáří je fyzická potřeba sexuální uspokojení a sociální potřeba intimního kontaktu (Nešporová, Svobodová a Vidovičová, 2008).

3.4 Senior a mezigenerační vztahy

Neformální mezigenerační solidarita v rámci rodiny, přátelských či sousedských vztahů v posledních desetiletích postupně klesá, proto je doplňována formálními aktivitami a službami (Haškovcová, 2012). Pro společné generační soužití je nezbytná akceptace etických a výchovných aspektů, které rodina uznává.

Generační soužití může řešit problém osamělosti seniorů, ale také předávání zkušeností mladším potomkům. V současné době dochází k separaci nové generace, mladé rodiny odcházejí od svých rodičů, chtějí žít samostatně. Generace prarodičů stále více žije samostatně a osaměle. Každodenní generační soužití je náročné, těžce lze předcházet mezigeneračním názorovým střetům. Uvolněním tradičních vazeb, stabilnějším postavením ženy v domácnosti a změnou autority otce,

dochází k prohloubení názorů mezi generacemi. Soužití generací lze charakterizovat od ideálního až po negativní:

- rovnocenné (realistické) soužití: předpokladem je akceptace zájmů starší generace, vede ke spokojenosti mezi generacemi,
- liberální (volné) soužití: existují volná pravidla a hranice, citové vazby jsou oslabeny, neuvědomování si povinnosti a nerespektování potřeb seniorů zejména v období nesoběstačnosti,
- podbízivé soužití: bezmoc vůči mladší generaci, rodiče si je kupují penězi,
- nesmiřitelné soužití: negativní, sobecký a nemorální postoj, který nepřipouští vzájemný vztah mezi mladší a starší generací,
- vynucené soužití: více generací je nuceno bydlet společně, jedná se o nedobrovolné soužití, nemusí se vždy jednat o negativní přístup v péči o prarodiče v případě nemoci,
- vychytralé soužití: využívání starší generace, předstírání zájmu o ně (finanční podpora, pomoc dětem, s domácností apod.) (Klevetová, 2017).

Postoje mladých lidí k seniorům

Většina mladých lidí současné moderní doby má za svůj hlavní cíl úspěch s důrazem na osobní kariéru. Žijí zdravý a aktivní život a nad stářím nijak vážně nepřemýšlejí. Ve svém okolí se však setkávají se seniory a reagují na ně mnohdy ambivalentně. Ke svým blízkým seniorům mají velmi vlídný vztah, ale ostatní senioři jim určitým způsobem mnohdy vadí. Projevy těchto emocí jsou různé: od přehlížení a podceňování (Čím nám ten starý člověk ještě může pomoci?), až po agresí slovní či fyzickou. *Pokud jsou senioři příjemci starobního důchodu a opravdu už nepracují, jsou postoje mladých lidí k nim různé, ale zpravidla negativisticky zabarveny* (Haškovcová, 2012, s. 11). Jistě k tomu přispívají medializované zprávy, které vyzdvihují jen finanční výdaje na penze. Bohužel jen málo lidí respektuje fakt, že současní senioři celý život pracovali a platili daně (Haškovcová, 2012).

Postoje starých lidí k mladším osobám

Stárnoucí lidé si jsou dobře vědomi svých postupně ubývajících sil. Přesto se však dokáží dlouhou dobu svým spolupracovníkům vyrovnávat, a to svou pílí, časovou rezervou, ale hlavně celoživotními zkušenostmi. Mnoho seniorů tráví alespoň část dne mezi mladými lidmi, např. dětmi či vnoučaty, kteří jim dodávají podstatnou dávku

energie a optimismu. Důležité je zmínit, že ačkoli se senioři rádi snaží být „in“, často se názory mladých lidí zcela odlišují od těch jejich (Haškovcová, 2012).

Pomoc jako štafeta, ne splátka dluhu

Naplňující vliv mívá přijetí zásady štafetové pomoci. To znamená, že za pomoc se neodvděčujeme těm, kdo nám pomohli, ale těm, kdo naši pomoc nezbytně potřebují. V rámci rodiny je dluh splacen prostřednictvím péče o děti. Naskytne-li se případná pomoc dospělých dětí, můžeme být pouze příjemně potěšeni. Pokud jde o pomoc starší generace mladší a naopak. Je důležité si uvědomit, jak moc jsme zodpovědní za problémy jiných a jak usilovně je dokážeme řešit (Novák, 2014).

Specifické bariéry komunikace

Někdy není snadné se domluvit se zcela zdravými a mladými lidmi, natož s lidmi staršími, jimž věk přináší určité nástrahy. Tyto nástrahy, nebo také problémy, se týkají hlavně fyziologických a obdobných změn v psychické i poznávací oblasti. K tomu všemu přibudou nástrahy typu: pomalejšího vnímání, obtížnějšího chápání nebo ztráty zájmu seniora. Mladší lidé mají sklony na takovéto seniory hovořit specifickou formou mluvy označovanou jako *elderspeak*. *Jsou to urážlivé hovory se starými lidmi a o starých lidech* (Novák, 2014, s. 23). Tento specifický obsah je spíše prisuzován mladším osobám. Často používají jednoduché věty či slova, pomalou formu mluvy a kladou důraz na hlasitost. Pohrdání seniorem zde není úplně průkazné, avšak příjemce sdělení to tak do jisté míry vnímá (Novák, 2014).

Kontrolní otázky:

S jakými pojmy se pojí koncept aktivního stárnutí?

Vyjmenujte potřeby podle Maslowa.

Vyjmenujte potřeby podle M. Max-Neefa.

Jak lze charakterizovat soužití více generací?

4 RIZIKOVÉ SITUACE SENIORSKÉHO VĚKU

V této kapitole se seznámíte s rizikovými situacemi, které se pojí s odchodem do starobního důchodu, s čímž se mění i jeho sociální role. Z aktivního pracujícího člověka se stává senior. Následně si přiblížíme problematiku sociální exkluze u seniorů.

4.1 Odchod do starobního důchodu a změna sociálních rolí

Jedním z milníků, který mění sociální roli seniora je odchod do starobního důchodu. Jedinec tak dosáhne společensky určené věkové hranice a tím ztrácí profesní roli, společenskou prestiž. Získává roli důchodce, s čímž se pojí:

- horší sociální status či omezená privilegia,
- signál přechodu ze středního věku do stáří – senior,
- významný sociální mezník – sociální minorita (ekonomická závislost),
- symbolický odchod ze společnosti do soukromí,
- změna rolí, hodnot, postojů,
- doba, která nemá jasně vymezený obsah a obecně platný smysl – svoboda / zátěž,
- pocit prázdnoty – vytvořit si sám svůj program.

Odchod do starobního důchodu je významným mezníkem v životě člověka. Každý se se změnou vyrovnává individuálně. Tento proces má své fáze:

- 1. Fáze přípravy na důchod:** je součástí přípravy na stáří, člověk má ambivalentní pocity, představy o trávení důchodu, nutno hledat pozitiva, jež role starobního důchodce přináší.
- 2. Fáze bezprostřední reakce na změnu:** je reakcí na celoživotní postavení k profesní roli, mezidobí v hledání životního stylu, obavy z budoucnosti a nejistoty.
- 3. Fáze deziluze a postupného přizpůsobování:**
 - rozčarování: nuda, prázdnota, zklamání,
 - nový životní stereotyp,

- syndrom čtyř stěn až dva roky.

Řešením je nalézt nové aktivity a zapojení do společnosti.

4. Fáze adaptace na nový životní styl:

- utvoření stereotypu k dlouhodobé životní spokojenosti,
- životní styl ovlivněn: zdravotním stavem, ekonomickou situací a sociální izolací (Příbyl, 2015).

Adaptace na stárnutí se může v průběhu času měnit. Podle reakcí seniora se rozlišují modely/strategie adaptace na stáří:

Konstruktivní strategie: jedinec je dobře adaptován na stáří, je aktivní má reálné cíle, je spokojen se svým životem a akceptuje možnost smrti. Je dobře začleněn do sociálních vztahů, ve kterých se snaží být užitečný vzhledem ke svým schopnostem. Tito lidé obvykle prožili šťastné dětství i následné období svého života.

Strategie závislosti: jedinec je více pasivní, spoléhá na druhé, a předpokládá, že mu vše zprostředkují. Zodpovědnost přenechává druhým, stahuje se do soukromí a upřednostňuje klidné rodinné zázemí.

Strategie obranná: lidé jsou přehnaně aktivní, těžce se vyrovnávají se změnami, zejména se ztrátou sociálního postavení. Mnohdy se nadměrně kontrolují, dodržují tradice, mají pedantské sklony. Jejich reakce může přejít až do dalšího typu adjustace.

Strategie hostility: lidé tohoto typu jsou nepřátelští vůči druhým. Za své neúspěchy, které přicházejí se stářím, jež zjevně nastalo, kladou vinu druhým lidem nebo okolnostem. Soužití s nimi je problematické, mnohdy bývají agresivní a podezřívaví.

Strategie sebenávisti: lidé v této poslední strategii viní ze všeho sebe sama, cítí se osamělí, bez vyhlídek do budoucnosti. Potýkají se s ambivalentními vztahy, neuspokojivým manželským vztahem, smrt je pro ně východiskem z neuspokojivého života (Langmeier a Krejčířová, 2006; Příbyl, 2015).

Ekonomické potíže jsou další problémovou oblastí, která může nastat v období odchodu do starobního důchodu. Dochází ke snížení příjmů a vznikají s tím spojené ekonomické potíže (Sýkorová, 2007). Ačkoli se může zdát, že senior nemá tak velké finanční náklady jak osoba ve středním věku opak je pravdou (Dvořáčková a Hrozenská, 2013). Velká část seniorů se v dnešní době potýká s problémy hradiť

své náklady na bydlení a uspokojovat některé své základní potřeby. Důvodem je zvýšení výdajů za bydlení, potraviny, léky což je hlavní příčinou zvýšení počtu seniorů, kteří hospodaří s příjmy pod hranicí životního minima (Sýkorová, 2007).

4.2 Sociální exkluze

Sociální vyloučení jinými slovy sociální exkluze je častým jevem u menšin, seniorů, osob se zdravotním postižením, osob závislých na návykových látkách či osob bez domova (Dvořáčková, 2012).

Mezi nejznámější definice lze řadit dle §3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který definuje sociální vyloučení jako: *vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.* Jako nepříznivou sociální situaci zákon rozumí: *oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.* Z obecného hlediska se sociální exkluze formuluje jako proces vytlačování osob na okraj společnosti a nemožnost osob se do společnosti začlenit.

Při zvyšujícím se počtu osob v seniorském věku ve společnosti, je sociální exkluze seniorů čím dál tím více diskutovaným tématem. Sociální exkluze u seniorů vzniká povětšinou z důvodů nepříznivého zdravotního stavu, snížení mobility seniora, nedostatku finančních prostředků či nedostatečné informovanosti seniorů o sociálních službách. Dalším důvodem, proč je sociální exkluze u seniorů tak častá je že mnoho seniorů po odchodu do důchodu postrádá smysluplnou náplň svého života v důchodovém věku, a tím nedostatek motivace k určitým aktivitám a zájmům (Dvořáčková a Holczerová, 2013).

Vliv na sociální vyloučení má také rodinné zázemí seniora. Základním a nezbytným článkem sociální opory je rodina, která by měla pomáhat seniorům udržet si samostatnost, nezávislost, měla by vytvářet bezpečný prostor pro život a tím vytvářet ochrannou hráz před sociální izolací. V dřívějších dobách, byly rodiny vícegenerační

a pomoc starým lidem byla chápána jako morální povinnost, kdy mladší a zdravější členové rodiny měli zodpovědnost postarat se o starší a nemohoucí členy rodiny. Současná situace je jiná než minulosti, vztahy v rodině se mění. Dospělé děti také mnohdy ztrácí kontakt se svými rodiči i prarodiči (Dvořáčková, 2012).

Mezi osoby v seniorském věku, které nevíce ohrožuje riziko sociální exkluze, patří senioři se zdravotním postižením, s těžkým fyzickým či psychickým onemocněním. Dále zde patří senioři, kteří žijí v jednočlenné domácnosti bez péče osob blízkých, senioři, kteří žijí v odlehlých lokalitách bez zajištění sociálních služeb, senioři ohrožení chudobou a v neposlední řadě senioři, kteří mají nepříznivý vztah se svou rodinou a přáteli (Dvořáčková, 2012). Odchod do starobního důchodu přináší mnoho změn, které seniora značně ovlivňují. Na jedné straně má senior ve starobním důchodu čas na odpočinek, péči sám o sebe či rozvíjení nových zájmů a aktivit, na druhé straně se snižuje počet jeho sociálních kontaktů (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Při řešení sociální exkluze je nutné se zaměřit na volný čas a zájmy seniora. Řešit sociální exkluzi lze pomocí sociálních služeb, jejichž kompetence se zaměřují na aktivizační služby pro osoby v seniorském věku.

Kontrolní otázky:

Popište strategie adaptace seniora na stáří.

Z jakých důvodů vzniká nejčastěji sociální exkluze u seniorů?

5 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY

V této kapitole se dozvíte, jaké možnosti nám nabízí sociální práce, v rámci péče o seniory. **Sociální práce se seniory** je zaměřena na co nejdelší zachování kvality života v přirozeném prostředí seniora. Sociální pracovníci jsou však mnohdy v kontaktu se seniorem nejčastěji při řešení administrativních záležitostí. Sociální práce se seniory by měla být prioritně zaměřena na kritické body spojené se sociálními změnami (odchod do důchodu, do zařízení sociálních služeb, ztráta blízké osoby), které přinášejí přetrhání sociálních vztahů a sítí, na které byl senior zvyklý. Sociální práce se starými lidmi, ale i s jeho rodinou klade vysoké nároky na sociálního pracovníka a to zejména při práci s lidmi s duševním onemocněním či demencí. Sociální pracovník musí mít značné komunikační dovednosti, aby potřeby těchto seniorů rozpoznal a navázal s nimi bezpečný vztah založený na důvěře, která je pro ně zásadní. Mnohdy je sociální pracovník jediným člověkem, se kterým je senior v kontaktu a tak mu může zásadně ovlivnit kvalitu života v přirozeném prostředí.

Konkrétní sociální práce se seniory, kterou sociální pracovník vykonává, spočívá v sociální evidenci již při prvním kontaktu, kdy sociální pracovník zájemce vyhledá, nebo za ním senior či jeho rodina přichází. Sociální pracovník dále získává informace o klientovi, zjišťuje jeho potřeby a v dalším kroku vypracovává společně s klientem plán pomoci vycházející z jeho aktuálních potřeb. Nepostradatelným úkonem je rovněž ověření výsledků sociální práce (Gulová, 2011). Sociální pracovník pomáhá klientovi adaptovat se na změnu, případně se integrovat do nové sociální sítě.

Sociální práce nabízí specifické postupy práce, které lze členit na:

- práci s jednotlivci, seniory,
- práci s rodinou,
- práci se skupinou,
- práci komunitní.

Péče o seniory by měla zahrnovat čtyři podstatné složky:

- individuální: pocit osobní jistoty a spokojenosti,
- sociální: integrace do společnosti,

- zdravotní: předpoklad přiměřené zdraví,
- hmotná, ekonomická.

Primární zodpovědnost za péči by měla být na samotném seniorovi a jeho rodině. Stát obec jako poskytovatel pomoci by měl být až poslední volbou (princip subsidiarity).

5.1 Východiska sociální práce se seniory

V sociální práci se seniory jsou využívány různé přístupy, tři nejčastěji využívané uvádíme s konkrétními výroky autorů daných přístupů v Tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: Přístupy v sociální práci se seniory

| PŘÍSTUP | VÝROKY AUTORŮ |
|-------------------------------|--|
| SYSTEMICKÝ PŘÍSTUP | <p><i>Pomoc pak je dojednaný způsob společné práce, kterou si klient přeje, pracovník ji nabídl a klient zvolil. Cestou k uskutečnění pomoci je její nabízení (Úlehla, 1999, s. 21).</i></p> <p><i>Pozorovatel je vždy částí systému...výsledek pozorování je konstrukcí závislou na nás samých a nemůže nikdy dosáhnout „objektivitu“ (Špitz in Langmeier, Balcar a Špitz, 2010, s. 233).</i></p> <p><i>...se týkají prvků, které se skládají ze systémů a které reprodukuje do systému. Každý prvek vytváří vztahy a určuje hranice. Každá sdělení v sociálním systému, ne jen ty, které překračují vnější hranice, využívají životního prostředí a tím přispívají ke změně hranic v systému (Luhmann, s. 195).</i></p> |
| PARTICIPATIVNÍ PŘÍSTUP | <p><i>V rámci mikroúrovně praxe sociální práce lze participativní přístup uplatnit jako způsob práce, který je založen na spolupráci odborníka (v našem případě sociálního pracovníka) a neodborníka (klienta) (Gojová in Bjelončíková a kol., 2015, s. 24)</i></p> <p><i>Pro některé lidi se stal empowerment vše co je nebezpečné a radikální nesoucí hrozbu vycházející od pečovateli k uživatelům služeb, neboť prosazuje moc..., v důsledku toho není možné definovat zmocnění. Zmocnění neodpovídá žádné sociální pracovní metodě, i když lze prokázat, že má vazby se všemi. Není odvozena z přístupů výlučně individuálních založených na osobní problémy, sociální nebo environmentální přístupy k sociální práci, i když příklady lze nalézt ve všech (Adams, 2008).</i></p> |
| KRITICKÝ PŘÍSTUP | <p><i>...je těžké posoudit, zda se kritická sociální práce zlepšila, ať to buď pro vytrvalé sociální pracovníky, nebo pro znevýhodněné a marginalizované osoby a skupiny víc, než antidiskriminační, antiopresivní sociální práce, nebo radikální sociální práce před ní. Být sebevědomý a politicky vědomý nemusí nutně poskytnout pracovníkům důvěru (Woodward, 2013, s. 137).</i></p> <p><i>Centrální debata o kritické sociální práci spočívá v argumentaci, že mnohé nebo většina sociálních problémů pochází spíše ze struktury a organizace společnosti, než z chování jednotlivců (Payne, 2016, s. 321).</i></p> |

V sociální práci se seniory se **systemický přístup** stává jedním z dominantních, nesoustředí se pouze na práci s jednotlivcem a předpokládá, že problémy nevznikají jen ze strany jednotlivce, ale vycházejí z rodiny či komunity, nebo široké společnosti a jednatel je vlastními silami nemůže ovlivnit. Systemický přístup je založen na předpokladu, že vše souvisí se vším a ne vždy si jednatel za svůj osud může sám. Teorie systému vychází z premisy, že jedince je možné pochopit pouze v sociálním kontextu a to v prostředí kde žije. Ze systemického přístupu vycházejí jednotlivé metody sociální práce. Při práci se seniory je systemický přístup podstatný zejména v interakci s rodinou či jeho okolím a nejkompexněji ho využívá komunitní sociální práce.

Zrod systemického přístupu je spojen s jmény Gregory Bateson, Humberto Maturana a Niklas Luhmann. Bateson byl přesvědčen, že při práci s lidskými systémy je nezbytné se soustředit na vztah, formu a vzor (Bateson, 1972). Pro vznik konceptu systému byl vedle Batesona významný také koncept Humberta Maturana, který vyvodil, že vnější svět neodhalíme tím, jak ho poznáváme, ale že si ho vytváříme, přičemž realitu vnímá jako sociální konstrukci, která má pro každého jedince jinou podobu (Berger a Luckmann, 1999). Systemický přístup vychází z předpokladu, že se lidský svět skládá ze systémů, které produkují řeč a významy (Schlippe a Schweitzer, 2006), je založen na komunikaci, jejímž prostřednictvím lze dojít ke zmírnění, nebo odstranění potíží. Vlastní práce s klientem využívá konstruktivistický přístup, který vychází z přítomnosti, zaměřuje se však na budoucnost, která je pro něho podstatná (Holá, 2011). Pro sociálního pracovníka je při práci s klientem zásadní, aby se koncentroval na to, jak sociální realitu vnímá sám klient. Kopriva (2006) uvádí, že sociální pracovník v pomáhající profesi musí vždy respektovat vnitřní svět klienta a nikomu nelze vnucovat vlastní úhel pohledu. Úlehla (1999) je přesvědčen, že klient by si měl sám určovat měřítka podle svých individuálních možností. Prostředky a cíle však vycházejí ze společného plánování prostředků k dosažení cíle a to se všemi zainteresovanými účastníky v rámci celého systému s důrazem na interakci a vzájemné vztahy.

Dalším přístupem při práci se staršími klienty je *participativní přístup*, který je v sociální práci využíván zejména v souvislosti s aktivním zapojováním. Pojem participace je obvykle chápán jako zapojování nebo jako jeho synonymum. Adams (2008) pojem participace a zapojování zásadně rozlišuje. Zapojování spojuje

s jednotlivými aktivitami, při kterých může mít jedinec nad svým jednáním kontrolu, participaci vnímá jako následnou fázi zapojování, kdy mají jednotlivci více moci a aktivnějších prostředků k ovlivnění sociální práce a řízení sociálních služeb. Gojová a Glumbíková (2015) se domnívají, že participativní přístup lze na mikroúrovni praxe sociální práce definovat jako práci, která je založena na spolupráci odborníka (sociálního pracovníka) a neodborníka (klienta). Takto pojatá spolupráce má ve výsledku nastolení důvěry mezi oběma participanty, vycházející z jejich životních prostředí. Oba participanti se tím stávají nositeli moci. Na makroúrovni lze participativní přístupy v sociální práci využít ve výzkumech a využít zplnomocňující sociální aktéry k vyjádření jejich názorů a potřeb, které mohou následně sloužit k podkladovým analýzám pro tvorbu koncepce sociálních politik a to nejen na lokální úrovni. V této souvislosti je nutné zmínit úbytek vlivu na národní úrovni, kdy státy dle Baumana (2000), ztrácejí svou funkci a jsou pod vlivem globálních sil. Podle Kellera (2011) nemá vláda dostatečný prostor k řešení sociálních problémů, ekonomické síly překračují hranice státu a politické zůstávají uzavřeny v těchto hranicích. Státy tak odpovídají za sociální poměry ve svých zemích, i když mají stále menší možnosti je ovlivnit.

Koncept moci zásadně komplikuje zplnomocnění, strukturální nerovnováha mezi sociálním pracovníkem a klientem, ale také svazující legislativními předpisy, může vést k tomu, že se klienti mohou mnohdy cítit bezmocní. Zplnomocnění lze chápat v souvislosti s tím, jak lidé dosahují vliv nad svými životy a jak své zájmy naplňují v rámci skupiny. Sociální pracovníci usilují o posílení moci u těchto jedinců (Gojová in Bjelončíková a kol., 2015). Zplnomocnění (empowerment) doslovně znamená stát se mocným, v sociální práci však znamená mnohem více, zahrnuje teorii i metodu (Adams, 2008). V sociální práci se seniory se s participativním přístupem lze setkat při individuálním plánování sociálních služeb, ale také při strategickém plánování v souvislosti s komunitním plánováním, kde jsou senioři součástí pracovních skupin. Důležitým předpokladem je, aby sociální pracovník vždy vnímal a respektoval klienta jako rovnocenného partnera, který má právo na rozhodování o svých záležitostech (Kubalčíková a kol. 2015). V této souvislosti shledává Adams (2008) překážku při využití participativního přístupu v sociální práci zejména v nerovném postavení sociálního pracovníka a klienta a uvádí, že se sociální pracovníci mohou soustředit na rychlé vyřešení případu a klienta diskriminovat. Gojová a Glumbíková (2015)

potvrzují, že bezmoc u sociálních pracovníků umocňuje skutečnost a to tím, že mají jen málo prostoru ovlivnit systémové souvislosti problému klientů.

S měnící se společností se setkáváme s novými problémy, které senioři řeší. V této souvislosti uvádíme *kritický přístup*, který³ v sociální práci reaguje na přetrvávající tendence české sociální práce fungovat jako případová práce, jež se soustředí na řešení jejich aktuálních problémů. Cílem kritické sociální práce je nabídnout různé způsoby řešení, které vedou ke změně sociálního prostředí klienta (Janebová, 2015). Kritické perspektivy pomáhají sociálním pracovníkům najít správný způsob řešení, nabízejí alternativy k současnému společenskému uspořádání společnosti. Díky těmto praktikám můžeme analyzovat a vypořádat se se sociálními faktory, které nám prezentují základní problémy, nebo se sociálními bariérami, s nimiž se sociální pracovníci potýkají a umožňují jim tak dosažení pozitivních cílů o které usilují. Zejména kritická sociální práce se zaměřuje na profesionalizaci sociální práce, odhaluje zájmy klientů a vedoucích sociálních pracovníků a usiluje o to, aby se stali součástí státního a společenského zájmu. Profesionalizace však klade důraz na technické, nikoli morální a politické aspekty pomoci, odděluje sociální práci od jiných příbuzných profesí tím, že se vyznačuje kvalifikací, prosazuje profesionální hierarchie a tím začleňuje nerovnosti (Payne, 2016).

5.2 Historický vývoj

Sociální práce se jako *samostatná vědní disciplína* etablovala od přelomu devatenáctého a dvacátého století a již od té doby byly snahy o její definování. Obecnou definici, která by přinesla komplexní pohled na proces mezi klientem a sociálním pracovníkem a to v kontextu dané společnosti však do dnešní doby schází. Každý stát i každá země mají zcela odlišné společenské podmínky, proto i autoři definic sociální práce (např. Hill, in Richmond 1917; Richmond, 1922; Krakeš a Krakešová-Došková, 1934; Leonard, 1966; England 1986; Jordan 1987; Havrdová, 1999; Hare, 2004; ISFW, 2014; Thompson, 2015) popisují činnosti a úkony sociální práce rozlišně. Musil (2004, s. 16) uvádí, že pro sociální práci je typické, že *lidem*

³ K dalším zahraničním kriticky myslícím autorům patří např. Lena Dominelli, Jane Fook, John Harris, Mark Lymbery.

pomáhá zvládat obtížné životní situace tím, že působí na vztahy mezi vlastnostmi klientů a vlastnostmi sociálního prostředí, ve kterém klienti uspokojují své potřeby. Tímto se liší od většiny pomáhajících oborů. Sociální práce se zaměřuje zejména na interakce mezi jedincem a sociálním prostředím, přičemž pomoc zaměřuje k dosažení rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí, ve kterém lidé své potřeby uspokojují a schopností tyto očekávání zvládat (Musil, 2004). Sociální práce v současné době neoznačuje řešení problému, který byl v minulosti vědomě uznán jako sociální práce. *V moderních společnostech bylo pod označením sociální práce uznáno odborné působení na účastníky problematických sociálních interakcí s cílem dosáhnout jejich vzájemného přizpůsobení a zmírnění problematičnosti interakce* (Musil, 2010, s. 13). Sociální práce má spočívat v souběžném působení na obě strany a to jak na klienta, tak na druhého účastníka interakce. Od sociálního pracovníka se očekává, že bude mostem mezi lidmi, kteří se ocitají v nesnázích a společnosti. Tato představa o sociální práci jako mostu však zanikla, jelikož na přelomu 20. století byl pojem sociální práce označován zcela jiný způsob řešení problému. Od sociální práce se očekává standardní jednání spojené s poskytováním sociální péče, sociálních služeb, či poskytováním sociálních dávek. Předdefinování termínu sociální práce lze označit jako *akutní důsledky omezené soběstačnosti chudých nebo znevýhodněných jedinců*, což vede k mnoha důsledkům. Zejména se jedná o to (1), že problém, který je mezinárodně uznáván za předmět sociální práce, není v českém prostředí vědomě uznán jako problém; (2) není naplňována představa souběžného působení na obě strany v oboustranné interakci; (3) předmětem standardizovaného působení není jedna ze zásadních příčin neuspokojování potřeb. Příčina nesnáze lidí v interakcích tak byla zaměněna za následek akutního neuspokojování potřeb. To má však dopad na to, že lidé v České republice očekávají, že problém neuspokojení potřeb bude řešen prostřednictvím sociálních služeb a výplatou sociálních dávek a domnívají se, že takový způsob je vhodný pro zvládání obtížných situací. V případě, že se někdo dostane do situace, která je pro něho nezvládatelná a nemá nikoho, kdo by mu mohl pomoci, zůstává se svým problémem sám (Musil, 2010). Z výše uvedeného vyplývá, že je nedostačující poskytnout seniorům příspěvek na péči, pokud nabídka sociálních služeb neuspokojuje poptávku a to tak, aby každý starší člověk měl v případě tíživé situace zabezpečenou nezbytnou adekvátní sociální službu, a to v čase, kdy ji potřebuje.

Sociální práce se seniory spočívá zejména v přípravě na stáří, kterou členíme na dlouhodobou, střednědobou (biologickou, psychologickou, sociální) a krátkodobou (Příbyl, 2015).

5.3 Trendy a koncepty sociální práce

V současné době se v širokém měřítku uplatňují některé trendy v pojetí sociální práce a ve vztahu sociální pracovník – klient, jako subjekt – subjektové schéma vztahu.

1. **Klient není pacient:** cílem sociálního pracovníka je poskytovat pomoc, podporu, poradenství a různé další služby. Klient je pojmán jako zákazník, který je posuzován jako kompetentní, rovnocenný a výkonný, jako partner.
2. **Klient jako spotřebitel /zákazník/:** klient ve vztahu se sociálním pracovníkem má právo podílet se na rozhodování, stěžovat si, nahlížet do korespondence a spisové dokumentace ke svému případu, může práci sociálního pracovníka hodnotit. V tomto vztahu však neplatí, že „zákazník má vždycky pravdu“. Rozhodně musí být respektován jeho vlastní názor, jeho kompetence rozhodnout se mezi několika nabídnutými alternativami postupu. Sociální pracovník poskytuje „pouze“ možnost pomoci a klient se sám rozhoduje, zda tuto pomoc a její formu přijme.
3. **Krátkodobá sociální práce:** s prodlužováním délky poskytování sociální služby vzrůstá nebezpečí vzniku závislosti klienta na sociálním pracovníkovi. Závislý klient ztrácí schopnost řešit problémy, které dříve zvládal sám bez jakékoli intervence a s dostatečnou kompetencí.
4. **Orientace na konkrétní realizovatelné cíle:** cíle sociální práce musí být zřetelné klientovi i sociálnímu pracovníkovi. Cíle musejí být reálné a realizovatelné (splnitelné), objektivně měřitelné a v průběhu snadno kontrolovatelné oběma stranami a jejich dosažení musí mít pro klienta praktický dopad.
5. **Multidisciplinární týmy:** - sociální pracovník spolupracuje s ostatními členy multidisciplinárního týmu (lékaři, psychologové, pedagogové, pracovníci v sociálních službách, právníci apod. Cílem je, aby klientovi mohla být

poskytnuta komplexní služba. Sociální pracovník má mnohdy roli manažera případu (case manager).

- 6. Intervence citlivá k různosti kultur:** sociální pracovník musí mít na zřeteli a respektovat v mezích právních norem své země různé kulturní zázemí klientů, kteří za ním přicházejí. Klient by měl mít právo na to, aby rozhovor mezi nimi probíhal v jeho rodném jazyce, případně aby rozhovor překládal rodilý mluvčí jeho etnika.
- 7. Mnohočetnost rolí sociálního pracovníka:** sociální pracovník vystupuje v některých případech jako úřední osoba, často jako státní zaměstnanec, reprezentant státní moci i pomoci, jako zaměstnanec, case manager apod.
- 8. Systemický přístup:** v sociálním systému se přesouvá důraz na rodinu skupinu a komunitu. Problémy totiž až na výjimky nevycházejí pouze od jednotlivce, ale mnohdy z jeho okolí (užší-rodina, širší-komunita). Systemický přístup vychází z předpokladu, že všechno může souviset se vším a z tohoto přístupu vycházejí i jednotlivé metody sociální práce.
- 9. Pomoc se klientovi pouze nabízí:** cílem sociální práce je pomoci klientovi nalézt vlastní zdroje síly, naučit ho novým dovednostem a poskytnout mu takové informace, aby byl schopen své problémy nejen samostatně vyřešit, ale také jim předcházet.
- 10. Distribuce snahy:** sociální pracovník se nemá snažit vyvíjet více aktivity než klient, klient má právo odmítnout nabízenou pomoc, spolupráce musí (měla by) být dobrovolná (Klimentová, 2006).

Kontrolní otázky:

Vymezte, na co se sociální práce se seniory zaměřuje.

Vymezte nejčastěji používané přístupy v sociální práci se seniory.

Vyjmenujte současné trendy a koncepty sociální práce.

6 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY Z PERSPEKTIVY PRÁCE S JEDNOTLIVCEM

V této kapitole se seznámíme podstatou, základními typy a zejména se strukturou poradenského procesu. Efektivní a včasná poradenská služba tak může ve svém důsledku předejít dalšímu zhoršování problematické situace klienta. Následně se seznámíme s individuálním plánováním a představíme si pravidla komunikace se seniory.

Individuální metody sociální práce se seniorem:

- terénní práce v přirozeném prostředí seniora,
- terénní práce v sociální instituci (v pracovně),
- institucionální péče,
- bio-psycho-spirito-sociální působení,
- posílení (obnovení) sociálních funkcí seniorů: samostatnost, poskytnout jen tolik péče, kolik je nutné, vlastní rozhodování, respektovat osobnost.

Nástroje individuální péče:

- technické zajištění materiálních potřeb (chodítka, doprava),
- sociální služby (příspěvek na péči – žádost),
- poradenství (vztahy v rodině),
 psychosociální působení (poskytování opory),
- individuální plánování.

Fáze sociální práce s jednotlivci a rodinou:

- 1. diagnosticko anamnestická fáze,
- 2. vyhotovení plánu opatření,
- 3. provedení plánu opatření, terapie,
- 4. závěr, zhodnocení.

6.1 Poradenství v sociální práci

Poradenský proces v sociální práci je jedním ze základních nástrojů v práci sociálního pracovníka. V rámci sociální interakce můžeme rozlišovat několik dílčích **interakčních rovin**, kterými jsou:

- sociální komunikace (proces sdělování jednotlivých významů),
- kooperace (spolupráce),
- prosociální chování (vztahy pomoci),
- agresivní jednání.

Podle obsahu lze rozlišit různé druhy sociálních interakcí (pedagogické, sousedské, pracovní, partnerské). **Poradenství** je rovněž specifický typ interakce, ve kterém se ojedinele mohou současně vyskytovat všechny interakční roviny. Těžištěm poradenství jsou **vztahy pomoci**, kdy se předpokládá, že jeden aktér je poradce, který má snahu pomáhat a druhý je klient, který je ochoten pomoc přijmout.

Poradenství v sociální práci lze dělit na:

- laické, pomáhající: je poskytováno neformální cestou díky zkušenostem druhých osob,
- profesionální: je poskytováno institucionální formou na základě získání požadované odbornosti (certifikace),
- jiné poradenství: poradce přebírá práva a povinnosti za klienta (právní).

Cílem je snaha o znovunastolení rovnováhy klienta a jeho sociálního okolí.

Postup poradenského procesu v sociální práci:

- příprava poradenského procesu: není přímý kontakt s klientem,
- proces vzájemného přijetí účastníků poradenského procesu: první setkání, formování dojmu: rozhovor s klientem, porozumění problému, anamnéza, nabídka možností řešení,
- hledání cest řešení problému: stanovení jednotlivých cílů pomoci, formulace cílů (optimální, dílčí, konečné), kontrakt,
- ukončení poradenského procesu, případně zajištění návaznosti další péče: katamnéza (přetrvání kontaktu po ukončení poradenského procesu).

6.2 Individuálního plánování se seniory

Individuální plánování je soubor činností vedoucích k vytvoření takového plánu, který naplní individuální potřeby každého jednotlivce. Účelem je poskytovat podporu a pomoc tam, kde je to pro klienta nezbytné. Tvorba individuálního plánu představuje proces, do kterého by měl být zapojen jak sociální pracovník, tak klient, popřípadě jeho zákonný zástupce. Plánování vzniká na základě rozhovoru, ve kterém dochází k projednávání osobních cílů seniora, ke kterým se bude dále směřovat. Cíl by měl být konkrétní, dosažitelný, reálný a měl být přáním a vycházet z potřeb samotného klienta. Zohledněn zde musí být také jeho celkový stav, individuální potřeby a schopnosti.

Individuální plánování můžeme rozdělit do dvou hlavních kroků:

1. Vyhodnocení dosavadního způsobu fungování klienta. Například pokud by šlo o seniora, který využívá pobytovou službu, zhodnotíme, zda jsou jeho potřeby nyní dostatečně naplňovány a případně, jakou by si přál změnu. Zda mu poskytované činnosti vyhovují, nebo chce změnit jejich četnost. V průběhu zjišťování informací je potřeba nechat dostatečný prostor k tomu, aby se senior vyjádřil a měl čas na rozmyšlenou. Je to hlavně z toho důvodu, že tento formální dokument bude zásadně ovlivňovat následující poskytování péče.
2. Druhým krokem je dojednávání možných změn a nových osobních cílů, které budou v následujícím období naplňovány v několika krocích. Cíl nejde naplnit náhle, nýbrž pomalu, postupně a nenásilně. Každému klientovi je přidělen tzv. klíčový pracovník, který nadále kontroluje a vyhodnocuje, jak se situace klienta mění. V případě, že dojde k zásadní změně, která ovlivní péči o seniora, je potřeba tuto skutečnost zaznamenat také do individuálního plánu. Klíčový pracovník dále podporuje a motivuje klienta k dosažení stanovených cílů, udržení soběstačnosti a k jeho celkové aktivizaci. Jejich vzájemný vztah by měl být založen na respektu, důvěře a partnerství. Tvorba individuálního plánu přispívá také k poznání a k pochopení života klienta, jeho prožitků, emocí a myšlenek (Bicková, 2011).

Zásady sociální práce se seniory:

- oslovování seniorů: vykáme,
- potřeby: respekt, láska, užitečnost,

- potřeba společnosti, komunikace (zástupné přání),
- sklon ke tvoření zásob,
- pitný režim,
- nemoci: obranyschopnost,
- udržovat sociální kontakty,
- taktilní deprivace,
- nepřebírat povinnosti za seniora,
- zhoršená schopnost orientace,
- komunikace: jasná, výstižná (zhoršení sluchu), pomalá,
- sexuální potřeby.

6.3 Komunikace se seniory

Při komunikaci se seniorem je potřeba si uvědomit, o jaký typ rozhovoru se nám jedná a co je jeho cílem. Rozhovor nejčastěji vedeme za účelem zjištění základních a potřebných informací o klientovi, které je nutno znát pro možnou spolupráci. Kromě toho může být rozhovor motivující, edukační, naslouchající nebo třeba podporující. Před začátkem rozhovoru je vhodné seniora seznámit s tím, kolik na něj máme času a jak bude následující schůzka probíhat. Je důležité projevit o klienta a jeho situaci upřímný zájem a snahu mu pomoci. Vzájemná setkání by se měl odehrávat ve vhodné místnosti, která umožní nerušený klid. Pracovník by měl užívat aktivního naslouchání, kterým dává najevo, že se snaží porozumět všemu, s čím se mu senior svěřuje. Získané informace může parafrázovat, tedy zopakovat to, co klient sdělil, ale svými slovy. Dojde tak k ujištění, že byla situace správně pochopena. Velmi důležitý může být také dotyk, který pro mnoho seniorů znamená podporu a porozumění. V průběhu komunikace povzbuzujeme klienta k dalšímu vyprávění a rozvádění tématu. Pracovník by měl předávat seniorovi zpětně takové informace, které jsou mu užitečné a nápomocné. Nemělo by být užíváno příliš odborných slov, kterým člověk těžko porozumí. Celou komunikaci je potřeba přizpůsobit potřebám a schopnostem klienta (Klevetová, 2017).

Během komunikace se seniorem může vyvstat hned několik překážek, které nám komunikaci a přenos informací znesnadňují. Bariéry mohou vzniknout jak na straně

klienta, tak na straně pracovníka nebo vlivem prostředí. Klienta může v komunikaci omezovat jeho zdravotní nebo psychický stav, nedůvěra v pracovníka, strach hovořit o osobním životě nebo celková únava. Mezi nejčastější zábrany můžeme řadit nedoslýchavost, poruchy řeči, zhoršený zrak, bolest a další problémy vzniklé v důsledku možných onemocnění. Pracovník, který s klientem hovoří, by měl být trpělivý a stále jej motivovat k dalšímu vyprávění. Problém však může nastat také v oblasti psychické, kdy má senior z nějakého důvodu strach a úzkost ze vzájemné komunikace. Proto je nutné usilovat o vytvoření společného vztahu, který je založen na důvěře a opravdovosti. V případě celkové únavy klienta je vhodné rozhovor odložit na dobu, kdy bude mít více síly a energie. Překážky mohou vznikat také na straně pracovníka, který nemusí být schopen vést rozhovor z důvodů, že momentálně prochází náročným obdobím a má své osobní problémy, pociťuje vůči klientovi nesympatie, nemá na klienta dostatek času nebo je-li již za celý den unaven. V těchto případech je vhodné předat klienta svému kolegovi a nesnažit se na sílu vést rozhovor, který by byl ve finále nepříjemný jak pro klienta, tak pro pracovníka (Mlýnková, 2011).

Okolní prostředí může komunikaci narušovat v důsledku přítomností dalších osob, hluku či nedostatku soukromí. Rozhovor by se měl proto odehrávat v klidu a nejlépe v místnosti, která je k tomu určena.

Kontrolní otázky:

Jak lze dělit poradenství v sociální práci?

Popište kroky individuálního plánování.

S jakými překážkami se lze setkat při komunikaci se seniory.

Co je to katamnéza?

7 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY V KONTEXTU RODINY

V této kapitole se seznámíme s neformální péčí, a následně s postavením seniora v rodině. V závěru kapitoly si nastíníme, jak může sociální pracovník přispět k podpoře rodiny při řešení sociálních problémů.

Demografický přechod je úzce spojen se změnou uspořádání rodinného života, lze však předpokládat, že právě péče o osoby staršího věku bude zajišťována prostřednictvím neformální péče, kterou se začíná zabývat současná odborná literatura (Klímová Chaloupková, 2013; Kubalčíková a kol., 2015; Dobiášová a Kotrusová, 2017; Vávrová a Vaculíková, 2017). Pojem neformální péče se v různých zemích liší, nejčastěji je však spojen s péčí poskytovanou rodinným pečovatelem a to bezplatně v domácím prostředí, přičemž formální péči je chápáno poskytování placené péče kvalifikovaným zdravotnickým, nebo sociálním pracovníkem v instituci, či v rámci prostředí komunity (Kubalčíková a kol., 2015). Neformální péče se však nachází na hranici s prací a ne-prací, z čehož plyne řada teoretických, praktických a politických otázek a to v tom smyslu, zda má být péče v rámci rodiny finančně státem ohodnocena (Dudová, 2015). Jestliže je problematika péče nepromyšlená a v současné době ekonomicky podhodnocena, nelze očekávat, že bude rodinou, obvykle ženou, vykonávána na základě mezigenerační solidarity. Levická in Truhlářová a kol. (2015) uvádí, že v souvislosti s poklesem mezigenerační koheze dochází také ke změně jednotlivých funkcí rodiny a zdůrazňuje, že do rodinných systémů v současné společnosti vstupuje stát a to zejména rodinná a sociální politika. V rodinném systému došlo k ekonomicko-politickým změnám, které rodinu zásadně zasáhly.

Vykonávání péče rodinným příslušníkem se odvíjí od několika aspektů, jako je ekonomická únosnost pro jedince v produktivním věku, pozitivní motivace, ale také schopností péči vykonávat. Péče o seniory tak může být v případě nedostupnosti registrované služby a nemožnosti zajištění péče rodinou suplována neregistrovanými poskytovateli služeb, kteří mnohdy nabízejí komplexní rámec péče, která je však nelegitimní a bez garance sociální práce. Neprofesionální práce může vést až k fatálním důsledkům, v případě vykonávání sociální práce bez nezbytných kompetencí, dochází k omezení kvality pomoci a sociální práce, především ohrožení lidské důstojnosti a sociálních práv klientů.

7.1 Senior jako součást rodiny

Ve většině rodin je samozřejmé, že se dospělé děti o své stárnoucí rodiče postarají. Někdy dochází i k tomu, že se stárnoucí rodič přestěhuje do bytu svých dětí. Tento krok má svá pozitiva i negativa. Střední generaci to usnadní péči, ušetří čas, péče se může rozdělit mezi všechny členy rodiny, senior není sám a s rodinou se cítí bezpečněji (Mlýnková, 2011).

Jestliže senior ztrácí soběstačnost a nedokáže se o sebe sám postarat, potřebuje někoho, kdo mu pomůže při každodenních činnostech. Nejčastěji to bývá rodina, avšak tato možnost je někdy problematická a mnohdy také nepřístupná. Je nezbytné, aby se rodina o seniora postarat chtěla, uměla a mohla tuto péči poskytnout. *V péči je obsažena jak emoce, tak pevné sepětí v závislost mezi opečovávanou a pečující osobou* (Jeřábek a kol., 2013, s. 43). Pro seniora je důležité bezpečné zázemí. Rodina musí splňovat řadu předpokladů:

- **chtít pečovat:** ochota řešit situaci ve spolupráci s celou rodinou (podporovat, aby mohla),
- **moci pečovat:** mít podmínky (bytový problém, opuštění zaměstnání, zajištění dalších služeb),
- **umět pečovat:** vědět, jak pomoci, znát rozsah pomoci (naplňovat potřeby seniory a neobětovat se) (Klevetová, 2017).

Překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky:

- **nevyhovující bydlení:** malý byt, dochází ke ztrátě soukromí, jestliže se senior nastěhuje do rodiny dospělých dětí,
- **zaměstnanost střední generace:** většina lidí produktivního věku si nemůže dovolit zůstat doma se svým rodičem a věnovat mu potřebnou celodenní péči,
- **povinnost vůči vlastní rodině:** střední generace se věnuje péči o děti, domácnost,
- **vzdálenost rodin:** stárnoucí rodiče bydlí ve vlastním bytě, jejich děti také, bydliště obou rodin mohou být od sebe hodně vzdálená,
- **vyčerpání a únava a rodinných příslušníků při péči o seniora:** zpravidla není možné, aby člověk ve středním věku zajišťoval provoz rodiny, chodil do

zaměstnání a současně pečoval o stárnoucího rodiče a jeho domácnost, zejména bydlí-li od sebe daleko (Mlýnková, 2011).

Dle Jeřábka a kol. (2013) rozlišujeme 3 stupně péče z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb. Zařazujeme zde podpůrnou péči, která je nejméně náročná a nejlépe dostupná. Dále neosobní a osobní péči, v nichž je podstatná fyzická a duševní složka.

1. **Podpůrná péče** zahrnuje například finanční pomoc, opravy v domácnosti nebo také zajištění dopravy kamkoliv. Jde tedy o důležitou činnost, ale po časové a fyzické stránce méně náročnou než ostatní. Pro seniory je tato forma podstatně důležitá, avšak rodina jí poskytuje nepravidelně nebo podle nutných situací.
2. **Neosobní péče** souvisí zejména s domácími pracemi. Jedná se třeba o přípravu jídla, uklízení nebo praní. Tato výpomoc v domácnosti bývá časově náročnější, ale lze zajistit i pomocí pečovatelské služby.
3. **Osobní péče** je náročná jak z časového hlediska, tak z fyzického i duševního. Odlišuje se v tom, že na rozdíl od předešlých se pojí s intimní péčí. Jde tedy o každodenní starost o starého člověka, která se skládá například z osobní hygieny, uspokojení základních potřeb nebo péči o tělo seniora. Řadíme zde rodinnou péči, což je *neformální péče, zajišťovaná doma příslušníky rodiny* (Jeřábek a kol., 2013, s. 47). A také institucionální péči, ve kterém jde o pobyt ve zdravotnickém zařízení. Péče o seniora v jeho domácím prostředí vyžaduje odborné znalosti,

Nejčastěji se stará o nesoběstačného seniora jeho manželský partner (partnerka), poté také děti starých rodičů a jejich partneri nebo rovněž opatrovníci. Odpovědnost v péči o starého člověka formují z vysoké části ženy, které jsou schopny o svého partnera postarat samy, v některých případech se o nesoběstačného seniora dokáže postarat vícegenerační rodina v jedné domácnosti.

Péči z pozice pečující osoby lze členit na fázi přijímání, což je osvojení role pečovatele, etapu usazení role pečujícího a uvolnění z této role. V první fázi se poprvé setkáváme s nárůstem potřeby péče o seniora, kdy dochází k postupné nebo k náhlé změně (např. úraz). Na jejím počátku není určena konkrétní klíčová osoba zapojena do péče o starší osobu, současně zde dochází k rozhodování o budoucí péči. Další fáze souvisí zejména s poskytováním péče o seniora, které

mohou obsahovat časté změny v kontextu pečující osoby nebo starého člověka. Z této fáze se může rychle stát konečným stadiem uvolnění se z této role, která končí smrtí starého seniora.

7.2 Sociální práce jako podpora fungování rodiny se seniorem.

Sociální pracovník je starším klientům k dispozici, aby jim pomohl hledat řešení, jejich náročnou životní situaci a podpořil jednak klienta i jeho rodinu. Jedině klient má právo sám rozhodovat o způsobu, jakým s ním bude zacházeno a jaká budou řešení jeho budoucnosti. Proto je třeba vytvořit vhodné podmínky a věnovat maximální úsilí tomu, aby mohl vyjádřit svůj názor či vůli (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010).

Starší lidé se často obávají výraznější změny, bojí se cizího člověka v bytě, nereálně spoléhají na pomoc rodiny či svých vlastních sil. Je tedy třeba získat důvěru klienta, postupně mu umožnit, aby lépe porozuměl své situaci a přesvědčit ho o vhodnosti pomoci. Poté je možné spolu s ním navázat další postup. Důležitým nástrojem sociálního pracovníka je rozhovor. Díky rozhovoru zjistíme, jaký motivační postoj mají členové rodiny a zda spolupráci vítají. Je třeba mít na paměti, že pro profesionály jsou prvky péče samozřejmostí, ale příbuzní nevědí, jak mají svého blízkého posadit, usnadnit mu pohyb na lůžku apod. Příbuzní potřebují znát, jaká omezení senior má a v čem mohou být užiteční a jak (Klevetová, 2017).

Kvalitní sociální práce, jejíž prioritou je návrat hospitalizovaného seniora do domácího prostředí, představuje především kvalitní práci s jeho rodinou. Rodina by měla být od okamžiku přijetí seniora do zařízení zapojena do diagnostického a terapeutického procesu a měla by se účastnit sestavování plánu propuštění. K tomu potřebuje dostatek informací o zdravotním stavu svého blízkého. Rodina se tak stává pro zdravotnický tým neocenitelným zdrojem informací o pacientovi / klientovi.

Sociální pracovník, který má jisté kompetence by měl být schopen identifikovat vůli, ochotu a schopnost rodiny (zda chtějí, mohou, umějí) poskytovat seniorovi péči. Plán propuštění, který je založen na spolupráci s rodinou, musí respektovat nejen potřeby

pacienta samotného, ale i potřeby pečující rodiny. Rodina musí být na péči dostatečně připravena a motivována a klient, jestli je potřeba, by měl být vybaven kompenzačními pomůckami případně upravit domácí prostředí. Při zvažování svých možností musí mít rodina dostatek informací o pravděpodobném vývoji zdravotního stavu svého příbuzného, o nabídce podpůrných zdravotních a sociálních služeb.

Rodiny musí vědět, že na péči nejsou samy, že existuje i možnost odpočinku a úlevy. Jde o různé formy respitní péče, jakými jsou například služby osobních asistentů (v rozmezí od několika hodin po několik dní v týdnu). Formou respitní péče je i denní stacionář nabízející smysluplný program aktivit, stravování i sociální integraci pro staré lidi, kteří nemohou delší dobu zůstat sami. Přechodné umístění v domově pro seniory či krátkodobá hospitalizace jsou rovněž úlevou pro pečujícího rodinného příslušníka, který může odjet na dovolenou.

Sociální pracovník tedy musí mít pro rodinu připravený kompletní balíček informací o službách a možných zdrojích pomoci. Pomůže jí s rozhodováním a povzbudí rodinu, aby umožnila svému blízkému setrvat v domácím prostředí co nejdéle a vytvořila pro to co nejvhodnější podmínky. S klesající soběstačností a aktivitou starého člověka roste potřeba věnovat přípravě rodiny a její podpoře v pečování větší pozornost. Dlouhodobě pečující rodinný příslušník je stejně jako profesionální pečovatel ohrožen syndromem vyhoření. Většina rodin vstupuje do zdravotnického či sociálního zařízení s nejistotou a nezná své možnosti. Jejich chování je ovlivněno starostmi o svého nemocného příbuzného. V takovém případě jde zejména o ochotu naslouchat jejich starostem i jejich dobře myšleným radám a informacím o klientovi. Jde o zapojení rodin do procesu péče a rozhodování o budoucnosti jejich blízkého. Bohužel existují i rodiny asociální a dysfunkční, které zneužívají zdravotnické a sociální služby a sociální dávky a za svými příbuznými přicházejí pouze v den jejich výplaty, naštěstí se tato situace týká jen části klientů (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2010).

Kontrolní otázky:

Vymezte neformální péči, a kdo ji může poskytovat.

Jaké předpoklady musí rodina splňovat, aby se mohla o seniora starat v jeho přirozeném prostředí?

8 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY JAKO PRÁCE SE SKUPINOU

V této kapitole se budeme zabývat sociální prací se skupinou, zaměříme se na svépomocné skupiny a sociálně aktivizační služby pro seniory.

Cílem skupinové sociální práce je udržet a zachovat si stávající schopnosti a dovednosti. Činnosti naplňují volný čas a jsou prevencí hospitalismu. Mají pozitivní vliv na emoční stav klienta (seberealizace, sebevědomí, sebedůvěra). Aktivizace podporuje pravidelný režim a pomáhá tak k získání větší soběstačnosti (Mlýnková, 2010) Výhodou sociální práce se skupinami je přínos pro klienta. Skupinová práce je především účinná v tom, že členové skupiny si vzájemně předávají své zkušenosti a jsou schopni se poučit do budoucna (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Mezi nejčastější skupinové práce patří činnosti podporující mentální schopnosti (trénink paměti, kognitivní rehabilitace, reminiscence, orientace v realitě), činnosti podporující fyzické schopnosti (skupinové cvičení) a činnosti podporující senzorické schopnosti (muzikoterapie, arteterapie) (Mlýnková, 2011).

Sociální práce se skupinami seniorů může být realizována v terénu i v instituci:

- domovy pro seniory,
- kluby seniorů,
- vzdělávací zařízení – univerzita třetího věku.

Cílem není vytvoření skupiny a podpora její činnosti, skupina je pouze prostředek k dosažení cílů.

Druhy skupin:

- podle teoretické orientace (např. behaviorální),
- podle problému (např. závislost na alkoholu),
- podle druhu klientů (např. pouze ženy),
- podle délky trvání (krátkodobé nebo dlouhodobé).

Dále:

- skupiny osob se stejným zdravotním postižením nebo se stejným problémem,
- skupiny úkolově nebo účelově zaměřené,

- skupiny pro výcvik lidských vztahů,
- skupiny otevřené a uzavřené.

Fáze průběhu dlouhodobé skupinové práce:

1. Všeobecné rozpaky.
2. Odpor ke konání a poznávání sebe.
3. Popisování dřívějších (minulých) pocitů.
4. Projevování negativních emocí.
5. Zjevování a objeovování vážných osobních problémů.
6. Účastníci vyjadřují pocity, které chovají k jiným osobám ve skupině.
7. Uzdravitelské účinkování ve skupině.
8. Akceptace sama sebe a počátek procesu změn.
9. Definitivní shození masek.
10. Klienti se naučili poskytovat si vzájemně nezraňující zpětné vazby.
11. Konfrontace neboli vzájemná střetnutí, která by však v této fázi již neměla bolet.
12. Kontakty mimo sezení: účastníci si pomáhají navzájem.
13. Fundamentální setkání. To jsou okamžiky AHA efektu, kdy klient prohlédne a spatří nějakou velkou pravdu. Právě na tyto chvíle klient vzpomíná a ty mohou ovlivnit jeho prožívání v dlouhodobém horizontu.
14. Vyjadřování pozitivních pocitů a blízkosti.
15. Změny vystupování ve skupině (pozitivní výsledek) (Klimentová, 2006).

8.1 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny jsou formou organizované sociální opory a pozitivním rozšířením možností péče o vlastní zdraví na principu vzájemné výměny sociální opory mezi lidmi sice cizími, ale spojenými společným nebo podobným problémem, který chtějí vyřešit.

Mezi průkopníky svépomocných skupin patřil americký lékař Pratt. Tento bostonský internista zorganizoval v roce 1905 zvláštní „třídy“ pro chudé tuberkulózní pacienty, kteří si nemohli dovolit nákladné léčení v horském sanatoriu. Při setkáních, která se konala jedenkrát týdně, prošli pacienti lékařskou prohlídkou a v následné vzájemné besedě se snažili udržet si dobrou náladu a zbavit se neurotických příznaků

spojených se zdlouhavou domácí léčbou. Projekt byl podporován církví a i v rámci jejich večerních setkání s věřícími existovaly tzv. „třídy zdraví“.

Svépomocných skupiny dělíme:

- svépomocné skupiny zaměřené na změnu a kontrolu chování svých členů (Anonymní alkoholici, Moje protéza),
- svépomocné skupiny nátlakové, jejich cílem je například změna legislativy ve prospěch nějaké skupiny.

Cílem sociálního pracovníka je kontaktovat potenciální členy na příslušné svépomocné skupiny a na případnou žádost svépomocné skupiny vystupovat příležitostně ve skupině jako lektor s přednáškou na téma, které skupina považuje za aktuální (Klimentová, 2006).

8.2 Sociálně aktivizační programy pro seniory

Aktivizační programy pro seniory jsou rozvíjeny úspěšně jak na úrovni preventivní (zaměřené na zdravou stárnoucí populaci), tak i na úrovni léčebné, jako vlastní terapie (například kognitivní rehabilitace po cévních mozkových příhodách), ale také ve formě sekundárních prevence (např. u lidí s počínající demencí, u nichž může přiměřená aktivizace značně zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup choroby). Aktivizační programy bývají zařazovány i do komplexní psychoterapeutické péče o osoby s poruchami adaptace (Langmeier a Krejčířová, 2006). Mezi nejčastěji využívané aktivizační programy pro seniory řadíme muzikoterapii, arteterapii, dramaterapii, canisterapii, biblioterapie, reminiscenční terapii, pohybové aktivity, trénování paměti apod.

Sociální služba, která poskytuje seniorům kvalitní trávení volného času a kontakt se společenským prostředím je centrem denních služeb. Tato ambulantní služba se poskytuje osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a jejich stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Další sociální službou, která poskytuje ambulantní péči osobám se sníženou soběstačností a to z důvodu věku či zdravotního postižení je denní stacionář. Sociální službou, která se

přímo zaměřuje na osoby v seniorském věku či osoby se zdravotním postižením, které ohrožuje sociální vyloučení je sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Mezi další organizace, které se zaměřují na volný čas seniorů, jsou kluby seniorů. Nabízejí společenské, kulturní a aktivizační činnosti pro osoby v seniorském věku. Mezi aktivity klubů seniorů patří například jednodenní exkurze po České republice, promítání filmů, rekondiční cvičení, přednášky a besedy odborníků ze zdravotních či sociálních oblastí, kurzy práce na PC a v neposlední řadě možnost hraní karetních či jiných společenských her.

Snaha o aktivizaci starších lidí však musí plně respektovat individuální možnosti i přání každého člověka, důležité je pomoci mu nalézt motivaci pro vytvoření krátkodobých i dlouhodobějších cílů, umožnit mu prožít zážitky úspěchu a posilovat jeho sebeúctu. Za určitých okolností může však nadměrná aktivizace nabývat až charakteru týrání starých lidí, a to zejména v institucionálních zařízeních (Langmeier a Krejčířová, 2006).

Kontrolní otázky:

Co je cílem sociální práce se skupinou?

Jaké jsou výhody a nevýhody sociální práce se skupinou?

V čem vidíte největší přínos svépomocných skupin?

Vyjmenujte příklady sociálně aktivizačních programů pro seniory.

9 SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SENIORY V KONTEXTU KOMUNITY

V této kapitole se zaměříme na komunitní sociální práci se seniory, následně si představíme proces komunitního plánování.

Sociální pracovník se v komunitní sociální práci zaměřuje zejména na:

- depistáž ekologické situace seniorů ve vymezené lokalitě, depistáž jejich potřeb a problémů,
- územní management - poskytovatel sociálních služeb, dostupná a efektivní nabídka,
- spolupráce s dalšími profesionály (lékaři, poskytovatelé),
- spolupráce se samosprávnými orgány při plánování,
- oboustranné informace mezi poskytovateli a seniory,
- osvětová práce mezi ostatními obyvateli územní populace, dobrovolnická činnost.

9.1 Komunita a komunitní sociální práce

Pojem komunita má mnoho vymezení. V prvním případě jde o „teritoriální“ komunitu. Je to jakékoliv společné místo, kde lidé žijí. A v druhém vymezení jde o „zájmovou“ komunitu, ve které skupinka lidí má společné zájmy (stejný etnický původ, postižení, věk apod.)

S komunitou souvisí jednak komunitní práce a jednak komunitní sociální práce. Komunitní práce považujeme za úsilí, zaměřené na podporu kolektivní aktivity lidí, kteří mají určitou potřebu, a zároveň jde o pomoc obyčejným lidem, aby společným úsilím zlepšili svoji vlastní komunitu. A komunitní sociální práce je chápána jako sociální práce, jejímž cílem je aktivizace a podpora formálních i neformálních skupin osob, které jsou definovány společným znakem odvozeným od jejich sociálního znevýhodnění, to je od znaku, který je v běžných životních podmínkách posouvá do polohy závislosti od jiných osob či státních opatření, nebo které jsou v situaci sociálního ohrožení (Hrozenská, 2008).

Každý starší člověk je členem obecní, městské komunity a může se podílet na jejím rozvoji, jakož i na kvalitě vlastního života prostřednictvím komunitní práce (aktivní stárnutí). Zároveň však může být členem cílové skupiny, jenž věnuje zvýšenou pozornost komunitní sociální práci při řešení jeho problémů a zabezpečování jeho potřeb (Hrozenská, 2008). Předpokládáme možnosti využití následujících modelů v práci se staršími lidmi z pohledu komunitní sociální práce:

- komunitní péče,
- komunitní vzdělání,
- komunitní plánování (Hrozenská, 2008).

9.2 Komunitní péče a komunitní vzdělávání

Jestliže preferujeme aktivní stárnutí u seniorů a nepodporujeme jejich závislost a závislost od jiných, pak **pro plnohodnotné přežití této životní etapy je důležité:**

- dbát na prevenci nemocí, které ovlivňují zdatnost a způsobují potíže,
- usilovat o zachování tělesné zdatnosti a udržení pohybové aktivity (Hrozenská, 2008).

Komunita může podporovat nabídku různých sportovních, turistických a vycházkových aktivit pro zachování tělesné zdatnosti starších lidí, ale musí mít k tomu samozřejmě aktivní přístup. Může se jednat o vybudování a zpřístupnění tělocvičen, center pro aktivní odpočinek, relaxačních center i pro seniory by se zároveň vytvářely možnosti komunitní péče, ale jen v případě vážnějších poruch tělesného i psychického zdraví seniorů. Komunitní práce, která se soustředí na model komunitní péče, usiluje o pěstování sociálních sítí a dobrovolnických služeb, jejichž cílem je uspokojování potřeb obyvatel, zvláště seniorů, lidí s postižením a dětí do 5 let. Koncentruje se na rozvoj svépomocí pojato uspokojování sociálních potřeb (Hrozenská, 2008).

Úkolem profesionálů je podněcování k péči a dobrovolnické iniciativě.

- **Profesionální pracovníci plní** více či méně stabilní podporující nebo monitorující roli. Využívají přitom dobrovolníků a pomocných pracovníků.

- **Komunitní pracovníci se snaží** v krátkém časovém úseku plnit iniciační a podporující roli. Cílem je vytvoření fungujícího systému péče, který se obejde bez jejich dalších zásahů.
- **Komunitní péče může probíhat** jako aktivita laiků (amatérů), jen s malým zapojením profesionálů (Hrozenská, 2008).

Čím je vyšší věk, tím se objevují poruchy mentálního zdraví. Podle komunitní psychiatrie lze zajistit i psychiatrickou ambulantní či ústavní péči pro ty členy komunity, kteří ji potřebují. Celoevropská národní politika, jakož i hospodářství a společenské poměry, ovlivňuje vzdělávání dospělých a celoživotní učení. Více pozornosti se nyní věnuje také vzdělávání starších lidí. Je zde však zapotřebí koordinovaný a systematický přístup (Hrozenská, 2008).

Komunitní vzdělávání seniorů:

- a) řeší možnosti jejich plnohodnotného životního stylu,
- b) udržuje komunikační a sociální aktivity,
- c) udržuje psychickou pohodu,
- d) hraje důležitou úlohu při plnění sociálních potřeb a seberealizaci (Hrozenská, 2008).

Aktivity jsou důležitou součástí pocitů uspokojení a vyplnění volného času smysluplnou činností starších lidí v komunitě. Širokou škálu volnočasových aktivit pro starší lidi může nabídnout komunitní centrum. Současně mělo by být samozřejmým doplňkem služeb poskytovaných v komunitě.

9.3 Komunitní plánování v péči o seniory

Cílem komunitního plánování je posílit sociální soudržnost komunity, podporovat sociální začlenění a předcházet sociálním vyloučením jednotlivců a skupin. Komunitní plánování je v této oblasti jednou z cest, jak v blízké budoucnosti nezůstat zavaleni neřešenými problémy se starší generací, ale řešit jejich situaci kvalitně a humánně. V oblasti komunitních sociálních služeb se plánování týká potřeb komunity, které by v sociálním plánování služeb a práce pro danou komunitu neměly chybět (Hrozenská, 2008).

Na úrovni obcí a krajů probíhá plánování prostřednictvím *komunitního plánování*, jehož cílem je podporovat sociální začleňování a předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivců i skupin a posilovat sociální soudržnost komunity. Komunitní plánování je především systém sociálních služeb na místní úrovni. Do přípravy a realizace plánu sociálních služeb zapojuje všechny účastníky (uživatelé / klienty, poskytovatele, zadavatele), čímž se zvyšuje podíl zapojení občanů na rozhodovacím procesu, ale také na tom, jak budou sociální služby zajišťovány. Komunitní plánování vychází z potřeb a regionálních odlišností, jeho cílem je zajištění dostupných a kvalitních sociálních služeb. Tím, že vychází z konkrétních potřeb, by sociální služby měly být efektivní a ekonomické.

Komunitní plánování je v České republice založeno na procedurálním charakteru, nejčastěji je strukturováno do čtyř etap: (1) přípravná; (2) analyticko-popisná; (3) plánovací a (4) realizační. Aplikace komunitního plánování v praxi předpokládá znalost a respektování základních principů této metody sociální práce. Sociální pracovník, který koordinuje proces komunitního plánování na úrovni obce nebo v rámci lokality by měl mít osvojené základní principy. Na profesní rovině by měl mít schopnost analyzovat potenciál dané komunity a podílet se na procesu vyjednávání a rozhodování. Pro sociálního pracovníka podílejícího se na procesu komunitního plánování je rovněž důležitý nástroj reflexe naplnění principu participace. Současně by měl být schopen reflektovat bariéry a systémové limity, které mohou být překážkou pro implementaci metody komunitního plánování do praxe (Punová a Navrátilová, 2014). Pro poskytovatele sociálních služeb je komunitní plán jedním z důležitých strategických dokumentů, od kterého se odvíjí financování ze státního rozpočtu. Aby konkrétní služba byla podpořena, je nezbytné, aby byla zařazena v komunitním plánu v daném regionu a následně ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb. V případě, že tomu tak není, není podpořena.

Kontrolní otázky:

Vymezte pojem komunita.

Jaké znáte modely v práci se staršími lidmi z pohledu komunitní sociální práce?

Co je cílem komunitního plánování?

10 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY

Dne 1. ledna 2007 vešel v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který přinesl legislativní ukotvení a úpravu vztahů mezi poskytovatelem sociální služby a osobou v nepříznivé sociální situaci. Vymezuje podmínky poskytování pomoci a podpory, prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky registrace, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, předpoklady pro výkon sociálních služeb a výkon povolání sociálního pracovníka, rovněž stanoví podmínky k inspekcím poskytování sociálních služeb. Mezi základní zásady vycházející ze zákona patří nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství v souvislosti s řešením nepříznivé sociální situace, včetně jejího předcházení. Další zásadou je, že poskytnutá pomoc prostřednictvím sociální služby musí zajišťovat lidskou důstojnost, vycházet z individuálních potřeb s aktivní účastí osoby, která pomoc přijímá, a to v náležité kvalitě, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. Jednou ze zásadních podmínek poskytování sociálních služeb je pozice sociálního pracovníka, bez pozice sociálního pracovníka nelze sociální službu vykonávat, ani získat platnou registraci (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Nejčastěji využívané pobytové sociální služby pro seniory jsou zejména domovy pro seniory (§ 49), domovy se zvláštním režimem (§ 50) a odlehčovací služby (§ 44), z řad terénních služeb se jedná o služby osobní asistence (§ 39) a pečovatelskou službu (§ 40) (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

10.1 Terénní a ambulantní sociální služby pro seniory

V případě, že pečující potřebuje čas na regeneraci a odpočinek při péči o osobu vyššího věku, může využít **odlehčovací služby** v terénní, ambulantní nebo pobytové formě. O osoby staršího věku, jež využívají odlehčovací služby je běžně pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem této sociální služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. V případě, že osoba vyššího věku nepotřebuje celodenní péči, může využít terénní sociální službu **osobní asistence**, která se

poskytuje bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí jedince. Služba obsahuje činnosti, které osoba v daný okamžik potřebuje. Další alternativou je terénní nebo ambulantní **pečovatelská služba**, která se na rozdíl od osobní asistence poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Služba poskytuje základní činnosti spojené s osobní hygienou, zajištěním stravy a pomoci při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

10.2 Pobytové sociální služby pro seniory

Institucionální pobytovou službu **domovy pro seniory** využívají senioři, kteří z důvodu snížení soběstačnosti, a to nejčastěji z důvodu věku vyžadují pravidelnou komplexní (sociální i zdravotní) pomoc druhé osoby, a to dlouhodobě. Při nástupu do pobytových zařízení dokládají zájemci o službu posudek o zdravotním stavu. Mnozí senioři se potýkají s tím, že jsou osamělí, nebo mají přetřhané sociální vztahy, a tyto bariéry jim neumožňují zůstat i nadále ve svém přirozeném prostředí. Dalším z důvodů využití této pobytové služby je nedostupnost terénní služby pro seniory. Lidé, kteří nastoupí do domova pro seniory, zcela změní svoji roli, musí se přizpůsobit novým podmínkám a režimu, setkávají se s jinými lidmi, jsou v cizím prostředí. Taková změna je pro ně vždy náročná, proto potřebují podporu personálu, aby se s náročnou životní situací dokázali vyrovnat. Domovy pro seniory se do roku 2007 jmenovaly domovy důchodců. Současná terminologie mnohem přesněji specifikuje cílovou skupinu klientů této sociální služby. Sociální služba poskytuje celoroční nepřetržitou službu, obsahuje základní činnosti vztahující se k poskytnutí ubytování, stravy, pomoc s úkony péče o vlastní osobu, hygienou a současně také zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Domovy se zvláštním režimem jsou dalším pobytovým zařízením. Služby jsou poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické

osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Služby obsahují stejné činnosti jako domovy pro seniory s tím rozdílem, že režim při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Jedná se zejména o omezení pohybu. Řada pobytových sociálních zařízení má vymezenou část lůžek pro domov pro seniory a druhou část upravenou pro domov se zvláštním režimem a poskytuje tak dvě sociální služby.

Adaptační proces na pobytové zařízení má následující fáze:

1. Fáze reakce na náhlou změnu dynamického stereotypu dosavadních návyků a způsobu života (napětí, strach, nejistota, úzkost, stesk).
2. Fáze adaptace postupná adaptace na nové prostředí a způsob života (ideální varianta).
3. Fáze dekompenzace zklamání z prostředí (zlost, konfliktní chování, urážlivost, podrážděnost).
4. Fáze pasivity a rezignace senior nekomunikuje, je bez zájmu, izoluje se od všech, je depresivní, postrádá smysl a náplň života (zhoršení zdravotního stavu, smrt).

Sociální práce při adaptaci:

- navázat a rozvíjet přátelský vztah,
- pomoci s vyřizováním osobních záležitostí,
- představit zařízení, služby, klienty, personál,
- pomoci udržovat a rozvíjet vztahy s prostředím, které opustil (rodinou, přáteli),
- rozvíjet životní náplň seniora-podnětné prostředí,
- provádět evaluaci poskytovaných služeb od klientů.

10.3 Rizika systému pobytových sociálních služeb

System sociálních služeb je spojen s mnohými opatřeními a regulacemi. Cílem paradigmatického obratu v poskytování sociálních služeb a příchodem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách měl nastat obrat od paternalistického přístupu k partnerskému. Nedílnou součástí zákona je kontrola kvality sociálních služeb a vznik registru poskytovatelů sociálních služeb.

V souvislosti s poskytováním pobytových sociálních služeb se setkáváme s mnohými normami:

- příspěvek na péči: výše příspěvku je stanovena na základě posouzení míry závislosti, způsob výplaty a jeho nefinanční role v pobytových sociálních službách,
- regulace cen v sociálních službách: maximální hranice úhrady, nedostupnost pro jednotlivce, kteří chtějí participovat (forma služby, finanční účast) a chtějí převzít odpovědnost za řešení své situace, současně nedostupnost (fyzická, organizační) sociálních služeb, a to terénních i pobytových, které kladou překážky k zapojení do společenského a kulturního života,
- financování sociálních služeb: nenároková dotace MPSV, souvislost komunitního plánování se střednědobým plánem sociálních služeb,
- tvorba sítě sociálních služeb: regulace (registrace) nových subjektů do systému sociálních služeb, regulace počtu a kapacity sociálních služeb (krajská síť sociálních služeb) kraji,
- pevně stanovený výčet činností, které pobytové služby poskytují: činnosti pokrývají všechny oblasti běžného života, služba má za povinnost zajistit všechny úkony, klient je nemusí využít, a to bez vazby na cenu, Paušální platba podporuje paušalizaci péče (za stejné peníze, stejnou péči, což vede k přepečování,
- individuální plánování v pobytových sociálních službách pro seniory: důraz je kladen na naplnění základních potřeb, vyšší potřeby jsou mnohdy opomíjeny (Tomeš, Šámalová a kol., 2017).

10.4 Sociální služby ve zdravotnických zařízeních

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (sociálně-zdravotní lůžka) jsou určeny osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb nebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních

- pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči,
- vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby,

nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Poskytované úkony:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,

osobě musí zůstat alespoň 15 % jejího příjmu (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

10.5 Standardy kvality v sociálních službách pro seniory

Zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách stanoví, že povinností poskytovatelů je dle § 88 písm. h, dodržovat *standardy kvality sociálních služeb*, jejichž plnění kontroluje inspekce, a to v souladu s § 99 písm. l. Cílem standardů kvality sociálních služeb je nastavení pravidel se zaměřením na kvalitu poskytovaných služeb, přístup k uživatelům a odbornost pracovníků, kteří služby poskytují (Hrozenková a Dvořáčková, 2013). Podle § 99 odst. 1 zákona o sociálních službách se: *kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž*

prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami. Standardy kvality sociálních služeb vycházejí z koncepce základních lidských práv a svobod a zaměřují se na konkrétní cíle uživatelů sociálních služeb (Dvořáčková, 2012). Standardy mohou velkou mírou přispívat ke kvalitě práce sociálních pracovníků, musí však být správně pochopeny a realizovány. Pokud jsou vnitřní pravidla organizace, jež odpovídají standardům napsána jen vedením a nevycházejí z potřeb všech pracovníků, tak mohou sloužit jen k deklarování stanovených cílů, a ne ke zlepšení kvality (Elichová, 2017).

Jedním z důležitých standardů je standard č. 5 *Individuální plánování průběhu sociální služby*, ve kterém je ukotveno, že poskytovatel (v praxi klíčový pracovník) plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby (Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách). Klíčový pracovník se setkává s klientem v přímé práci nejčastěji, a to v rámci výkonu sociální služby, kde je schopen naplňovat potřeby klienta a společně definovat jeho individuální cíle, včetně procesu realizace a hodnocení (Bicková 2011).

Procedurální standardy

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob organizací
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace a poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované služby na dostupné zdroje

Personální standardy

9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

Provozní standardy

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

12. Informovanost o službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

Kontrolní otázky:

Vyjmenujte nejčastěji využívané terénní, ambulantní a pobytové služby pro seniory.

Vyjmenujte fáze adaptačního procesu na pobytové zařízení.

S jakými systémovými riziky se setkáváme v pobytových službách pro seniory?

Pro koho jsou určeny sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče?

Co je cílem standardů kvality sociálních služeb?

11 UMÍRÁNÍ A SMRT V KONTEXTU STÁŘÍ

Umírání, smrt a truchlení představují náročné životní situace jak pro umírajícího, tak pro jeho nejbližší okolí – rodinu, přátele. Objevuje se bolest, strach, úzkost, pocit bezmoci, otázky po smyslu života. Jakým způsobem může být sociální pracovník nápomocen v této situaci, se dozvíme v této kapitole.

11.1 Umírání

Věda o umírání a smrti se nazývá **thanatologie**. Pojímá smrt v různých souvislostech, vytváří holistický náhled. *Umírání a smrt jsou velká lidská témata, jejichž „řešení“ nás v individuální budoucnosti čeká a nemine* (Haškovcová, 2010, s. 316). S přibývajícím věkem přichází stáří a s ním i myšlenky na smrt. Stáří nás přibližuje smrti (Dvořáčková, 2012). Strach a úzkost ze smrti jsou běžnými jevy lidského života. Většina dospělých přijímá smrt jako zákonitý a neodvratitelný fakt, přesto se s ní, pokud se týká přímo jeho nebo osob mu blízkých, nedokáže vyrovnat zcela bez obav. Obavy se týkají nemožnosti sdílení umírání s ostatními a pocitu osamocení, bolesti, bezmoci, ale také i možného nezvládnutí celé situace. Obavy ze smrti a umírání jsou také pravděpodobným instinktivním důvodem, proč se člověk tématu smrti v myšlenkách, představách nebo v hovoru vyhýbá.

Umírání je synonymem terminálního (konečného stavu), při kterém dochází k postupnému a nevratnému selhávání životně důležitých funkcí, jehož důsledkem je smrt.

Období umírání můžeme obecně označit jako dočasnou etapu mezi životem a smrtí. Nejznámější periodizace umírání je Elizabeth Kübler-Rossová, která popsala pět fází chování umírajícího. Jednotlivé fáze často přicházejí tak, jak jsou seřazeny, ale mohou se také různě střídat, měnit i vracet, trvají různě dlouhou dobu nebo se také nemusí vyskytnout vůbec (Kübler-Ross, 2015).

Fáze chování umírajícího:

- **fáze šoku** – popírání, odmítání, negace smrti (*to přeci není možné, abych zemřel, to bude omyl*), člověk je ohromen, plný úzkosti a vyděšen, mívá snahu tuto pro něj otrěsnou skutečnost popřít,

- **fáze zloby, vzpoury, vzteku, zášti** (*proč právě já, a ne někdo druhý*), objevuje se podrážděnost, zpravidla také slovní agresivita, postižený může závidět zdravým a dávat to najevo,
- **fáze uklidnění a smlouvání, vyjednávání** (ano, ale až...), snaha smlouvat se životem, člověk nevyhnutelnost svého konce akceptuje, ale chce si život prodloužit, hledá informace o nových a „zázračných“ léčebných metodách, mívá snahu „se smrtí smlouvat“ a žít až k určité významné životní události (až dítě odmaturuje),
- **fáze deprese, smutku**, projevy zármutku, lítost nad tím, co končí (*ano, konec přichází a je nevyhnutelný*), příchod smrti se stává stále jasnější a na umírajícího doléhá, loučí se se životem, má starost o osud svých blízkých, obává se samoty, bolesti apod. Je to fáze psychického utrpení,
- **fáze smíření se smrtí** a odevzdanosti, přijetí vyjádřené souhlasem s neměnným děním (*bud' vůle Tvá*).

Fáze umírání:

- pre finem: před smrtí (sdělení diagnózy),
- in finem: období vlastního umírání (ritualizace smrti, hospicová a paliativní péče, euthanasie),
- post finem: období po smrti (péče o tělo a psychické strádání pozůstalých) (Kupka, 2014).

Ve fázi umírání se rodina, případně přátelé obvykle maximálně angažují v péči o umírajícího a plně se koncentrují na uspokojení jeho potřeb. Často tak chybí saturace jejich vlastních potřeb, v důsledku čehož později nastupuje únava, vyčerpání, problémy s projevy emocí, fyzické či psychické zhroucení. Při ztrátě osoby blízké pozůstalí reagují mnoha způsoby. Ve většině případu se můžeme setkat s hyperaktivními projevy. Pozůstalý v tomhle případě utíká od ztráty pomocí zvýšené aktivity (workoholismus). Opakem mohou být případy apatie, odmítání a nezájmu. V této situaci může dojít až k závislosti na psychoaktivních látkách (Špatenková, 2012).

11.2 Smrt

Smrt je završením lidského života a jediná jistota, kterou člověk v životě má. Smrt je v naší společnosti silně tabuizována, vytěšňována a přesouvaná z rodiny na instituce (nemocnice, hospice). Současně dochází k medicinalizaci (medikalizaci) smrti a to z důvodu dlouhodobé, intenzivní péče a farmakoterapie, kterou lékaři nabízejí prioritně. Dochází k dekontextualizaci a depersonalizaci smrti, smrt je vytlačována z lidského života. *Smrt už není členem rodiny, byla odsunuta kamsi na okraj.* Současně se potýkáme s ekonomizací smrti, institucionalizace a medikalizace jsou neekonomické, nákladné, prioritou je umírání doma (Kubalčíková a kol., 2015). Nezbeda (2016) uvádí, že lékaři jsou dnes ve velmi složité situaci, protože jejich posláním je se smrtí bojovat a je pro ně těžké přijmout fakt, že další léčbou se situace klienta nezlepší, spíše naopak a je zbytečně vystaven dalším zákrokům, které jen prodlouží jeho utrpení. Pro tento stav dokonce existuje výmluvný termín *zadržaná smrt*. Je pro ně stále těžší určit, kdy člověk umírá, rozeznat moment, kdy je potřeba přestat léčit a vyrovnat se s blížící se smrtí.

Senioři se často chtějí na svůj odchod připravit, chtějí co nejméně zatěžovat své okolí. Uspořádání určitých věcí jim dodává pocit klidu a vyrovnanosti. Může se jednat například o materiální věci, o vzpomínky, urovnání vztahů. Staří lidé se smrti bojí méně a přijímají ji jako součást života. Často se více obracejí na víru, než tomu bylo dříve (Thorová, 2015). Starý člověk, který cítí, že nastane už jeho čas, má potřebu odejít z tohoto světa s pocitem odpuštění, a to jak odpustit lidem žijícím nebo zemřelým. Potřebují odpustit svému okolí, své rodině, přátelům, ale především i sobě samému. Pocit odpuštění přináší pocit vyrovnání se se svou minulostí a životem. Pokud člověk si nevyjasní určité věci, které se mu během života udály, může se dostavit pocit marnosti a selhání v životě. Lidí s pozitivním životním nastavením jsou více schopni dojít k pocitu odpuštění (Štěpánková, Höschl, Vidovicová a kol., 2015).

Kontrolní otázky:

Vymezte fáze chování umírajícího

Vymezte fáze umírání.

Vymezte pojmy umírání a smrt.

12 SOCIÁLNÍ PRÁCE S POZŮSTALÝMI

Ztráta blízkého člověka je pro osoby pozůstalé zásahem, kdy se jim v okamžiku změnil život. Smrt blízké osoby je pro pozůstalého zátěžovou životní situací, a to v případě různých okolností úmrtí (předčasného, náhlého úmrtí souvisejícího s nehodou či násilným trestným činem). V této kapitole se seznámíte se sociální prací s pozůstalými. Zatímco pomoc a podpora pozůstalým může poskytnout prakticky kdokoliv, poradenství pro pozůstalé vyžaduje teoretickou i praktickou přípravu. Poradce pro pozůstalé by měl mít nejen určité znalosti, ale i dovednosti a potřebné osobnostní dispozice.

12.1 Sociální práce s rodinou umírajících seniorů a s pozůstalými

Špatenková (2012) uvádí, že smyslem sociální práce s pozůstalými je jejich opětovné zapojení do sociálních vztahů. Při truchlení je charakteristický pocit zoufalství a bezmoci, objevuje se silné popírání reality, pocity viny za přežití nebo pocity viny mající základ v realitě. Pro pocity pozůstalého jsou charakteristické jeho předchozí nedeřešené ztráty, neschopnost vyjadřovat pocity, nadměrné pocity hněvu a viny, výčitky svědomí, nízká míra psychické odolnosti, frustrační tolerance. Sociální pracovník může pozůstalým osobám pomoci odborným způsobem vyrovnat se se ztrátou tak, že jim poskytne podporu při adaptaci na život bez zemřelé osoby. Chybějící odborná pomoc může být příčinou toho, že se pozůstalí dostanou do sociální izolace, straní se společnosti. Doprovázení zarmoucených osob není lehké, je potřeba hodně trpělivosti a porozumění.

Někdy se zdá, že žal snad nikdy neskončí. V prvních dnech a týdnech po smrti blízké osoby pomáhají pozůstalým i zcela malé a praktické činnosti. Pozůstalý potřebuje pomoci s vyřízením pohřbu a formalitami, které musejí být vyřízeny. Sociální práce s pozůstalými představuje komunikovat s pozůstalým. Sociální pracovník se pozůstalého může zeptat, co by pro něj mohl udělat, jestli mu může za nějaký čas zavolat. Je lépe, když se sociální pracovník ozve sám, protože pozůstalý nemá často sílu k navázání kontaktu, a to i kdyby něco nutně potřeboval. I když dá pozůstalý přímo nebo nepřímo najevo, že v tuto chvíli není schopen kontaktu, je třeba to

přijmout ne jako odmítnutí osoby, ale jako stav související s jeho současnou situací. (Ondrušová, Krahulcová a kol., 2019).

Pro pozůstalé je typické, že se nejprve obrací na své sociální sítě a až po 3-4 měsících vyhledávají odbornou pomoc, například poradnu pro pozůstalé. Ve využití jiných zdrojů pomoci jim brání například strach ze stigmatizace nebo mohou chápat vyhledání pomoci jako projev slabosti (Špatenková, 2012).

Špatenková (2012) při sociální práci s pozůstalými klade důraz na vhodný způsob navázání kontaktu s pozůstalým klientem. Předpokladem jsou znalosti sociálního pracovníka a zjištění potřeb pozůstalých. Pro navázání prvního kontaktu mezi poradcem a pozůstalým je důležité vhodně formulovat otázku, protože vhodný způsob navázání komunikace je oceněním pozůstalého klienta za vyhledání poradenství. Doba trvání poradenství není časově omezena.

12.2 Poradenství pro pozůstalé

Po smrti pozůstalí ztrátu blízkého pociťují jako zásah do běhu svého života. V případě potřeby mohou vyhledat pomoc a podporu u své rodiny, přátel, lékařů, ale v některých případech se jim jí nedostává. Běžně se stává, že prožívají pocity sociální izolace, protože jejich okolí neví, jakým způsobem na nastalou situaci vhodně reagovat (Špatenková, 2012).

Pokud se pozůstalí obrátí se svou nepříznivou situací na odborníky, zpravidla potřebují pomoci v následujících oblastech:

- psychická pomoc s truchlením, zvládnutím reakcí na smrt blízkého a možností promluvit si o smrti s odborníkem,
- pragmatická pomoc je spojená s vyřizováním úředních věcí a pohřbu,
- informační pomoc zahrnuje zjišťování informací o možnosti nahlédnutí do policejních spisů či zdravotní dokumentace,
- ekonomická pomoc zahrnuje pomoc při vyřizování sociálních dávek a to v případě pokud se rodina vlivem úmrtí dostane do ekonomických potíží (Špatenková, 2012).

Práci s pozůstalými lze rozdělit do několika kroků. Prvním krokem je edukace. Sociální pracovník spolupracuje s pozůstalými, vysvětluje jim, že truchlením patří mezi přirozený proces při ztrátě blízkého. Pláč a jiné projevy jsou normální, běžné a přirozené a člověk se za ně nemusí stydět. Sociální pracovník má podporovat klienty k tomu, aby mluvili o zemřelém a vzpomínali na něj v dobrém. Druhým krokem je ověřit a uznat skutečnost ztráty. Sociální pracovník nepodporuje různé únikové reakce pozůstalých, ale naopak podporuje rozhovor o pozůstalém, například jaký byl pohřeb, vývoj událostí, které vedly ke smrti, jak probíhalo poslední rozloučení. Komunikovat lze i prostřednictvím fotografií zemřelého a příbuzných. Třetím krokem je pomoci truchlícím ventilovat a zpracovávat jejich emoce. Sociální pracovník podporuje porozumění pocitům hněvu, viny, bezmocnosti, strachu u pozůstalých. Čtvrtým krokem je vést klienta k emocionálnímu odpoutání a podněcovat klienta k pokračování svého života před smrtí blízkého (Špatenková, 2012).

Podle Vodáčkové (2012) probíhá truchlení v následujících fázích:

- **fáze popření**, v níž člověk ztrácí schopnost vnímat a prožívat, chybou je snaha vyhnout se zármutku,
- **fáze propukání chaotických emocí**, mezi něž patří bolest, vztek, strach, úzkost, hněv, radost, snaha najít viníka, důležité je tyto emoční zmatky akceptovat.
- **fáze hledání, nalézání a odpoutávání**, kdy se zpočátku člověk soustředí na zemřelého, hledá fotografie, upomínky, postupně dochází k odpoutání,
- **fáze vytváření nového vztahu k sobě a ke světu**, kdy dochází k akceptaci ztráty a je možné vstupovat do nových vztahů.

Pro pozůstalé je důležité, aby přijali ztrátu jako realitu, prožili si zármutek, následně se zadaptovali ve světě bez zemřelého a citově se od něj odpoutali a posléze také investovali do nových vztahů (Kabelka, 2018).

Principy poradenství pro pozůstalé

- pomoci pozůstalým v akceptaci jejich ztráty,
- pomoci pozůstalým identifikovat jejich pocity a vyjádřit je,
- pomoci pozůstalým žít dál bez zemřelého,
- podporovat pozůstalé v jejich emocionálním odpoutávání od zemřelého,

- poskytnout pozůstalým prostor a čas pro truchlení,
- interpretovat „normální“ reakce na ztrátu,
- respektovat individuální rozdíly v truchlení,
- poskytovat pozůstalým kontinuální podporu,
- prozkoumat obranné mechanismy a strategie zvládnání stresu pozůstalých,
- identifikovat potíže a doporučit adekvátní pomoc (Špatenková, 2012).

Ondrušová, Krahulcová a kol. (2019) zformulovali několik hlavních zásad komunikace s pozůstalými, které se používají, jsou to:

- soustrastné naslouchání,
- empatické soustředění,
- normalizace truchlení,
- nevyhýbání se hovoru o mrtvém,
- nezahrnování vlastními racionálními radami,
- eliminace nezúčastněných frází, jako např.: „To bude dobré.“ „Máš přece pro koho žít!“ „Chce to čas.“

Kontrolní otázky:

Co je smyslem sociální práce s pozůstalými?

V jakých oblastech potřebují pozůstalí zpravidla pomoci?

Vyjmenujte fáze truchlení.

Vyjmenujte principy poradenství pro pozůstalé.

13 PALIATIVNÍ PÉČE A HOSPICOVÁ PÉČE

V této závěrečné kapitole se seznámíme s paliativní péčí, následně si představíme formy hospicové péče. Sociální práce v paliativní péči je i práce s životními ztrátami, která vyžaduje odbornou sociální podporu. Zlepšuje chápání procesu umírání a dynamiky životních krizí a to umožňuje citlivé a profesionální konzultace a doprovázení. Profesionální sociální práce se vyzná v navazování vztahů a stavění mostů, proto je tmelícím prvkem hospicové péče.

- V 19. století se ve velkém rozsahu stavěly nemocnice, pro umírající pacienty nebyla žádná alternativa, umírání bylo považováno za selhání medicíny. Umírání bylo tak často „postaveno“ mimo hlavní proud medicíny, což vyústilo v činnost některých charitativních organizací, které se tímto problémem začaly zabývat a vytvářely tak zvláštní instituce (někdy nazývané hospice), které se snažily poskytovat péči a útočiště lidem blížícím se smrti. První hospice byly provozovány pod vedením různých náboženských řádů, byly většinou zdarma a provozovány v chudinských čtvrtích (Payne, Seymour a Ingleton, 2007).

13.1 Paliativní péče

Cílem paliativní péče je zachování kvality života lidí s nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stádiu. Cílem paliativní péče není uzdravení, doba paliativní péče není nijak omezená. Souběžně s poskytováním paliativní péče může pacient podstupovat léčebný proces.

Podstatou paliativní péče je komplexní, aktivní, na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientům, kteří trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém, či dokonce v terminálním stádiu. Paliativní péče vychází z úcty k životu, zásadním způsobem odmítá eutanazii, chápe umírání a smrt jako přirozenou součást života. Paliativní péče neusiluje o urychlení či oddálení smrti, nepokouší se kauzálně léčit základní diagnózu, ale zajišťuje diagnostiku a účinné léčení komplikací a přidružených onemocnění. Paliativní péče uznává všeobecný koncept lidských potřeb, důsledně propojuje medicínské aspekty s psychosociálními a spirituálními, usiluje o důstojnost,

autonomii a kvalitu života, zmírnění utrpení a vytváří podmínky pro důstojné zavržení života i pro smíření umírajícího se svým osudem, blízkými lidmi, s Bohem (Matoušek a kol., 2013)

Formy paliativní péče

- lůžkový hospic,
- domácí hospic,
- ambulance paliativní medicíny a konziliární paliativní tým,
- oddělení paliativní péče,
- stacionární paliativní péče,
- speciální hospicová péče (Kupka 2014).

Vyrovňování se s nevléčitelnou nemocí, s umíráním a truchlením je z mnoha hledisek velmi náročná životní situace nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu a blízké. Kromě tělesných příznaků spjatých s nemocí je třeba zvládnout i psychické a existenciální obtíže, stejně jako praktické aspekty péče. Z těchto důvodů je paliativní péče poskytována multidisciplinárním týmem, ve kterém úzce spolupracují lékař, zdravotní sestra, sociální pracovník, psycholog či psychoterapeut a duchovní. Společně s pacientem a jeho rodinou pak hledají cesty, jak v dané situaci umožnit co nejlepší kvalitu života.

Multidisciplinární paliativní tým tvoří:

- **paliativní lékař:** přijímá pacienta do péče, vyhodnocuje příznaky, nastavuje léčbu a případně ji mění v závislosti na vývoji nemoci,
- **paliativní sestra:** je v intenzivním kontaktu s pacientem i rodinou, zajišťuje vykonávání péče předepsané lékařem, zjišťuje aktuální zdravotní i psychický stav všech zúčastněných a podle potřeby koordinuje ostatní služby poskytované týmem,
- **sociální pracovník:** pomáhá rodině s praktickými náležitostmi, uzavíráním smluv, zajišťováním příspěvku na péči, půjčováním kompenzačních pomůcek apod.,
- **psycholog či psychoterapeut:** nabízí nemocnému i jeho blízkým možnost mluvit o náročné životní situaci, pomoc při vyrovnávání se s existenciální úzkostí, prostor pro urovnání problematických situací či vztahů,

- **duchovní** - se do péče o pacienta zapojuje na přání pacienta či jeho rodiny, podporuje zúčastněné ve hledání naděje a víry (Payne, Seymour a Ingleton, 2007).

Dalšími členy multidisciplinárních týmů, zejména těch mobilních, jsou pak dále **odlehčovací asistenti**, kteří pomáhají pečujícím s každodenní péčí a provozem domácnosti, nebo **dobrovolníci**, kteří často poskytují jak odlehčovací služby, tak možnost rozhovoru či „pouhé“ blízkosti.

13.2 Hospicová péče

Hospicová péče bývá úzce propojena s paliativní. Kpaliativní péči často dochází právě v hospicích. Hospicová péče se netýká pouze nemocných v závěrečné čili terminální fázi jejich nemoci.

Cílem paliativní a hospicové práce je poskytnout takovou podporu nevléčitelně nemocným a umírajícím, aby mohli zbývajícím úsek života smysluplně prožít, pokud možno bez potíží a dle svých individuálních přání (Student a kol., 2006).

Formy hospicové péče:

- domácí hospicová péče
- stacionární hospicová péče (denní pobyty)
- lůžková hospicová péče

Přání umírajících nebo smrtelně nemocných lidí můžeme přiřadit ke čtyřem životním rozměrům (sociálnímu, tělesnému, psychickému a spirituálnímu).

První, nejnaléhavější a nejdůležitější přání umírajícího člověka, které se dotýká sociálního rozměru existence – „Nechtěl bych zemřít osamocen“ – tím je myšleno přání, aby byl člověk při umírání obklopen svými nejbližšími. Toto přání je často spojeno s přáním zemřít v důvěrném prostředí, a to nejlépe doma.

Druhé nejčastější přání se vztahuje na tělesný rozměr a zní – „Chtěl bych zemřít bez bolesti“ – toto přání obsahuje naději na možnost zemřít bez tělesných obtíží.

Třetí skupina přání je spojena s psychickým rozměrem – „Chtěl bych ještě některé věci dotáhnout do konce“ – toto je přání o dostatku času a prostoru, aby se mohly vyřídit poslední věci či neodkladné záležitosti, popř. vyjasnit vztahy a pak moci odejít.

Čtvrté přání má spirituální rozměr – umírající doufá, že otázkami vysleduje smysl života a smysl umírání – a bude se moci ptát i na to, co bude potom. Toto přání může být formulováno takto – „Potřebuji někoho, kdo vydrží, když budu nyní vše zpochybňovat.“ Je zřejmé, že všechna tato přání se nejsnadněji uskutečňují v důvěrném prostředí (Student a kol., 2006)

Kontrolní otázky:

Co je cílem paliativní péče?

Vyjmenujte formy paliativní péče.

Vyjmenujte formy hospicové péče.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADAMS, Robert, 2008. Empowerment, *Participation and Social Work*. 4. vyd. Basingstoke: Palgrave Macmillan. ISBN 978-0-230-01999-7.

BATESON, Gregory, 1972. *Steps to an ecology of mind: collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology* New York: Jason Aronson Inc. ISBN 0-87668-950-0.

BAUMAN, Zygmunt, 2000. *Myslet sociologicky: netradiční uvedení do sociologie*. Vyd. 2. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-90-7.

BERGER, Peter L a Thomas LUCKMANN, 1999. *Sociální konstrukce reality: pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury. ISBN 80-85959-46-1.

BICKOVÁ, Lucie, 2011. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-904668-1-4.

ČELEDOVÁ, Libuše., KALVACH, Zdeněk a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČEVELA, Rostislav a kol., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

ČSÚ, 2018. *Počet a věkové složení obyvatel k 31. 12. 2017* [online]. Praha: ČSÚ [27. 7. 2020]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/index.jsf?page=vystup-objekt&f=TABULKA&z=T&skupId=606&katalog=30845&pvo=DEM01&pvo=DEM01&str=v33&evo=v866_!_VUZEMI97-100_1&c=v3~2__RP2017MP12DP31

DOBIÁŠOVÁ, Karolína a Miriam KOTRUSOVÁ, 2017. Zaslouhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče v ČR. *Sociální práce / Sociálna práca*. 17(6) s. 22–41. ISSN 1213-6204.

DOŘIČÁKOVÁ, Šárka, 2019. *Terénní služby pro seniory poskytované bez registrace*. Ostrava: Ostravský univerzita. Disertační práce.

DUDOVÁ, Radka, 2015. *Postarat se ve stáří: rodina a zajištění péče o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON) v koedici se Sociologickým ústavem AV ČR, Sociologické aktuality. ISBN 978-80-7419-182-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, HOLCZEROVÁ, Vladimíra, 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5

- ELICHOVÁ, Markéta, 2017. *Sociální práce, aktuální otázky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0080-4.
- ENGLAND, Hugh, 1986. *Social work as art. Making sense for good practice*. London: Unwin Hyman. ISBN 9780043600634
- EUROSTAT, 2020. *Population by age group* [online]. [7. 8. 2020]. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00010/default/table?lang=en>
- GOJOVÁ, Alice a Kateřina GLUMBÍKOVÁ, 2015. (Bezmocná) sociální práce jako zdroj zplnomocnění? *Sociální práce / Sociálna práca*. 15(5) s. 52–63. ISSN 1213-6204.
- GOJOVÁ, Alice. In: BJELONČÍKOVÁ, Monika, Kateřina GLUMBÍKOVÁ, Alice GOJOVÁ a Vendula GOJOVÁ, 2015. *Koncepty participace v sociální práci. Participativní přístupy v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-802-1.
- GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: Pro pedagogické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HALL, Barbara and Terry SCRAGG, 2012. *Social Work with Older People: approaches to person-centred practice*. Maidenhead: McGraw-Hill. ISBN 978-0-33-524220-3.
- HARE, Isadora, 2004. Defining social work for the 21st century: The International Federation of Social Workers' revised definition of social work. *International Social Work*. 47(3) pp. 407–424. ISSN 14617234.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- HAVRDOVÁ, Zuzana, 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium. ISBN 80-902-0818-5.
- HILL, Octavia. Social Diagnosis. In: RICHMOND, E. Mary, 1917. *Social Diagnosis* [online]. New York: Russel Sage Foundation [24. 6. 2020]. Dostupné z: https://archive.org/stream/socialdiagnosis00richiala/socialdiagnosis00richiala_djvu.txt
- HOLÁ, Lenka, 2011. *Mediace v teorii a praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3134-6.
- HOLMEROVÁ, Iva. 2013. *Bedekr aktivního stárnutí* [online]. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy [9. 10. 2020]. Dostupné z: <https://framprojekt.eu/function/downloadAtt.php?attId=33>.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

HROZENSKÁ, Martina, 2008. Sociální práce so staršími lidmi: a jej teoreticko-praktické východiská. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.

ISFW, 2014. *Global Definition of Social Work* [online]. [28. 9. 2020]. Dostupné z: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>

JANEBOVÁ, Radka, 2015. Pátrání po „kritické sociální práci“ v České republice. *Aktuální otázky sociální politiky: teorie a praxe*. 9(1) s. 21–34. ISSN 1804-9095.

JEŘÁBEK, Hynek a kol. 2013. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). ISBN 978-807-4191-176.

JORDAN, Bill. 1987. Counselling, Advocacy and Negotiation. *The British Journal of Social Work*. 17(2) pp. 135–146. ISSN 0045-3102.

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

KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, SUCHARDA, Petr a kol., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 978-80-247-7038-3.

KELLER, Jan, 2011. *Soumrak sociálního státu*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (Slon). ISBN 978-80-7419-017-9.

KERR, Brian, GOLDON, Jean, MACDONALD, Charlotte and Kirsten STALKER, 2005. *Effective Social Work with Older People*. Scottish Executive. ISBN 0-7559-2859-8.

KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0102-3.

KLIMENTOVÁ, Eva, 2006. *Teorie a metody sociální práce*. Olomouc: UP.

KLÍMOVÁ CHALOUPKOVÁ, Jana, 2013. *Neformální péče v rodině: sociodemografické charakteristiky pečujících osob*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. Dostupné z: http://dav.soc.cas.cz/uploads/49c1b4b53ae349e160c7443ef7831dbfa6c1b72e_DaV_2013-2_107-123-1.pdf

KOPŘIVA, Karel, 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 5. vyd. ISBN 80-7367-181-6.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth, 2015. *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících*. Přeložil Jiří KRÁLOVEC. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0911-9.

KRAKEŠ, Josef a Marie KRAKEŠOVÁ-DOŠKOVÁ, 1934. *Sociální případ*. Praha: Organizace sociálních pracovníků.

- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada. 978-80-247-3604-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-0179-0.
- KUBALČÍKOVÁ, Kateřina a kol., 2015. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7864-2.
- KUBEŠOVÁ, Hana, MATĚJOVSKÝ, Jan, MELUZÍNOVÁ, Hana a Pavel WEBER, 2008. Výskyt a související aspekty deprese u seniorů žijících vlastním prostředím. *Česká geriatrická revue*. 6(4) s. 227–231, ISSN 1214-0732.
- KUPKA, Martin, 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4650-0.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1284-9.
- LEONARD, Peter, 1966. *Sociology and Social Work (Library of Social Work)*. Routledge & K. Paul. ISBN 978-0710039439.
- LEVICKÁ, Jana. In: TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana, Jana LEVICKÁ, Alena VOSEČKOVÁ a Eva MYDLÍKOVÁ, 2015. Rodina její úlohy a funkce v kontextu doby. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-570-7.
- LOUŽEK, Marek, 2017. *Evropská integrace z pohledu teorie veřejné volby*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3064-9.
- LUHMANN, Niklas, 1995. *Social systems*. California: Stanford University Press. ISBN 0-8047-2625-6.
- LYMBERY, Mark, 2005. *Social Work with Older People*. London: SAGE Publications Ltd. ISBN 9781412902052.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MASLOW, Abraham Harold, 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0618-7.
- MASORO, Edward J. and Steven AUSTAD, 2006. *Handbook of the Biology of Aging*. 6. vyd. New York: Academic Press. ISBN 9780120883875.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha.: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATSUYAMA, Kanoko and Terje LANGELAND, 2013. *Jiroemon Kimura, Oldest Man in Recorded History, Dies at 116* [online]. [23. 7. 2020]. Dostupné z: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2013-06-11/jiroemon-kimura-oldest-man-in-recorded-history-dies-at-age-116>

MAX-NEEF, Manfred A., Antonio ELIZALDE a Martín HOPENHAYN, 1991. *Human scale development: conception, application and further reflections*. New York: The Apex Press. ISBN 0-945257-35-X.

MUSIL, Libor, 2010. Tři pohledy na budoucnost sociální práce. In: SMUTEK, Martin, SEIBEL Friedrich W a Zuzana TRUHLÁŘOVÁ, eds. *Rizika sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 11–25. ISBN 978-80-7435-086-3.

MUSIL, Libor, 2004. *"Ráda bych Vám pomohla, ale ..."* Dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-1-9.

MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.

MPSV, 2020. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV [22. 7. 2020]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1521988231656_1

MPSV, 2015. *Politika přípravy na stárnutí v České republice* [online]. Praha: MPSV [24. 7. 2020]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Politika_pripravy_na_starnuti_v_CR.pdf/c4ba3054-bd5f-42c3-9805-1da55b4f91a8

NEŠPOROVÁ, Olga, Kamila SVOBODOVÁ a Lucie VIDOVIČOVÁ, 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV. ISBN 978-80-87007-96-9.

NEZBEDA, Ondřej. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. V Praze: Paseka, 2016. ISBN 978-80-7432-747-6.

NOVÁK, Tomáš, 2014. *Jak (ne)rozumět emocím stárnoucích rodičů*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-5152

ONDRUŠOVÁ, Jiřina a Beáta KRAHULCOVÁ, 2019. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4383-0.

PAYNE, Malcolm, 2016. *Modern Social Work Theory*. 4. vyd. New York: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-061524-6.

PAYNE, Sheila, Jane SEYMOUR a Christine INGLETON, 2007. *Paliativní péče: principy a praxe*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-25-1.

POKORNÁ, Andrea, 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0131-3.

- PUNOVÁ, Monika a Jitka NAVRÁTILOVÁ, 2014. *Praktické vzdělávání v sociální práci optikou konceptu resilience*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7337-1.
- PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
- RABUŠIC, Ladislav, 2002. *Stárnutí populace jako pohroma nebo jako sociální výzva?* [online]. Praha [23. 7. 2020]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1456/podzim2006/PEHP/um/2426778/6_STARNUTI_POPULACE
- RICHMOND, Mary, Ellen, 1922. *What is social case work?* New York, Russell Sage Foundation [online]. New York [21. 6. 2020]. Dostupné z: <https://catalog.hathitrust.org/Record/001119704>
- ROBINE, Jean-Marie, Michel ALLARD, François R. HERRMANN and Bernard JEUNE, 2019. The Real Facts Supporting Jeanne Calment as the Oldest Ever Human. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*. Oxford. Vol. 74, No. S1, S13–S20.
- SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3850-5.
- SCHLIPPE, Arist von a SCHWEITZER, Jochen, 2006. *Systemická terapie a poradenství*. Brno: Cesta. ISBN 80-7295-082-7.
- STUDENT, Johann, Christoph a kol., 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péči*. Jinočany: H α H. ISBN 80-7319-059-1.
- SUCHOMELOVÁ, Věra, 2016. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-361-7.
- SÝKOROVÁ, Dana, 2007. *Autonomie ve stáří: kapitoly z gerontosociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. ISBN: 978-80-86429-62-5.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2012. *Poradenství pro pozůstalé, 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3736-2.
- ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, HÖSCHL, Cyril, VIDOVIČOVÁ, Lucie a kol. 2015. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2628-4.
- ŠPITZ, Jan, 2010. Systemické myšlení. In: LANGMEIER, Josef, Karel BALCAR a Jan ŠPITZ. *Dětská psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-710-7.
- THOMPSON, Neil, 2015. *Understanding social work: preparing for practice*. 4. vyd. New York: Palgrave Macmillan. ISBN 9781137497093.

THOROVÁ, Kateřina, 2015. *Vývojová psychologie: Proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0714-6

TOMEŠ, Igor, ŠÁMALOVÁ, Kateřina a kol., 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.

ÚLEHLA, Ivan, 1999. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-69-9.

UNITED NATIONS, 2015. *Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241 [online]. New York: United Nations [27. 7. 2020]. Dostupné z: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/key_findings_wpp_2015.pdf

VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VANIER, Jean, 2004. *Cesta k lidství*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-805-8.

VÁVROVÁ, Soňa a Jitka VACULÍKOVÁ, 2017. Preference české populace při zajištění péče v období závislosti v seniorském věku. *Sociální práce / Sociální práce*. 17(6) s. 80–94. ISSN 1213-6204.

VETEŠKA, Jaroslav, 2017. *Gerontagogika: psychologicko-andragogická specifika edukace a aktivizace seniorů*. 2. doplněné a rozšířené vydání. Praha: Česká andragogická společnost. ISBN 978-80-905460-7-3.

WALKER, Alan, 2010. Ageing and quality of life in Europe. In: DA-NNEFER, Dále, PHILLIPSON, Chris (eds.). *The SAGE Handbook of Social Gerontology*. Los Angeles: SAGE, s. 571–586. ISBN 978-1-4129-3461-0.

WALKER, Alan, 2002. A Strategy for active ageing. *International social security review*. 55(1), s. 121–139. ISSN 1468-246X.

WHO (World Health Organization), 2016. *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)* [online]. Ženeva: WHO [23. 7. 2020]. Dostupné z: <http://www.who.int/ageing/GSAP-Summary-EN.pdf?ua=1>

WOODWARD, Rona, 2013. Some reflections on critical and radical social work literature, *Critical and Radical Social Work*. (1)2013, s. 135-140. Dostupné z: <http://www.ingentaconnect.com/content/tpp/crsw/2013/00000001/00000001/art00012?crawler=true>

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol., 2001. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: UK, Nakladatelství Karolinum. ISBN 80-246-0326-8.

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

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

Tento text vznikl v rámci projektu:

Příprava videozáznamů pro on-line formu výuky s využitím konzultantů z praxe
a tvorba a adaptace výukových materiálů pro studenty s SPP

Registrační číslo: IRP202005

Sociální práce se seniory

Autorka: Mgr. Šárka Dořičáková, Ph.D.

Nakladatel: Ostravská univerzita, Dvořákova 7, 701 03 Ostrava

Vydání první

Stran: 83

© Šárka Dořičáková

Recenze: Mgr. Veronika Mia Zegzulková

© Ostravská univerzita, 2020

ISBN 978-8-7599-217-8