

Role zdravotně sociálního pracovníka při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou

Hana Marie Podešvová

Bakalářská práce

2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Hana Marie Podešvová
Osobní číslo:	H190711
Studijní program:	B5350 Zdravotně sociální péče
Studijní obor:	Zdravotně sociální pracovník
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Role zdravotně sociálního pracovníka při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti poskytování zdravotně sociální péče o lidi s Alzheimerovou chorobou.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam doporučené literatury:

- BARTLOVÁ, S., P. SADÍLEK a V. TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetřovatelství*. Brno: NZO NCO, 2008.
- BORENSTEIN, A. R. and J. A. MORTIMER. *Alzheimer's Disease: Life Course Perspectives on Risk Reduction*. Tampa: Academic Press, 2016. ISBN 978-0-12-804538-1.
- ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- KORÁBEČNÝ, J., O. SOUKUP a M. VALIŠ. *Alzheimerova nemoc*. Maxdorf, 2020. ISBN 978-80-7345-643-6.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1362-4.
- OLECKÁ, I. a K. IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ondřej Vávra
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: 22. října 2021
Termín odevzdání bakalářské práce: 27. května 2022

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 22. 5. 2022

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejněním závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nejdříve musí zveřejnit disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výtěžku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výtěžku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*



ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá sociální prací v sociálním zařízení a v psychiatrické nemocnici. Cílem práce je zjistit, jakou roli zaujímá zdravotně sociální pracovník při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou. Dalším cílem je tuto roli porovnat v domově se zvláštním režimem a v psychiatrické nemocnici. Teoretická část se zabývá problematikou demence cílené na Alzheimerovu chorobu, teoretickým portfoliem poskytování zdravotní, sociální, domácí a ústavní péči v pobytových sociálních a zdravotnických zařízeních jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, psychiatrické nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, aj. Představuje historii sociální práce, definuje zdravotně sociálního a sociálního pracovníka, srovnává náplň práce zdravotně sociálního a sociálního pracovníka a jejich kompetence a zamýšlí se nad dodržováním etického kodexu při poskytování zdravotně sociální práce klientům. Praktická část práce je zaměřena na analýzu dat, která byla zjištěna pomocí kvalitativního výzkumu, s využitím techniky polostrukturovaných rozhovorů.

Klíčová slova: sociální práce, domov se zvláštním režimem, psychiatrická nemocnice, Alzheimerova choroba, zdravotně sociální pracovník, sociální pracovník

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with social work in a social facility and in psychiatric hospital. The aim of this bachelor thesis is to find out what role the health and social worker occupy when working with people effected by Alzheimer's disease. The next goal is compare this role in a home with a special regime with the same role in a psychiatric hospital. The theoretical part deals with Alzheimer's disease, the theoretical portfolio of provision of health, social, home and institutional care in residential social and health care facilities such as homes for the elderly, homes with a special regime, psychiatric hospitals, long-term care hospitals etc. Presents the history of social work, defines a health and social worker, compares the job description of a health and social worker and their competencies, and considers compliance with the Code of Ethics in providing health and social work to clients. The practical part focuses on the analysis of data found through qualitative research, using semi-structured interviews.

Keywords: social work, home with a special regime, psychiatric hospital, Alzheimer's disease, social worker, health and social worker

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Ondřeji Vávrovi za vedení práce. Velký dík patří doc. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, která si na mě udělal čas a věnovala se mi ve svém volném čase. Dále bych ráda poděkovala své rodině a příteli za podporu a pomoc během celé doby studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 DEMENCE.....	12
1.1 ROZDĚLENÍ DEMENCÍ.....	12
1.2 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY NEMOCI.....	13
1.3 STÁDIA NEMOCI.....	14
1.4 PROJEVY ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	16
1.5 FAKTORY VZNIKU ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	17
1.6 VYŠETŘOVACÍ METODY U DEMENCÍ.....	17
1.7 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	18
1.8 PREVENCE ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	20
2 PÉČE O OSOBY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ.....	22
2.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	22
2.2 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	22
2.3 SOCIÁLNÍ PÉČE.....	23
2.4 ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	24
2.5 DOMÁCÍ PÉČE.....	26
2.6 POSKYTOVÁNÍ ÚSTAVNÍ PÉČE V POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH A ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	27
3 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO/SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	29
3.1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	29
3.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	30
3.3 KOMPARACE NÁPLNĚ PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA A SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	31
3.4 ETICKÉ PRINCIPY ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	32
3.5 ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ.....	33
3.6 FORMY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PŘI PRÁCI S LIDMI S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU.....	33
II II. TEORETICKÁ ČÁST.....	36
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	37
4.1 METODA VÝZKUMU.....	37
4.2 TECHNIKA SBĚRU DAT.....	37
4.3 CÍL VÝZKUMU A STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	38
4.4 METODA ANALÝZY DAT.....	38
4.5 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	38

4.6	VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	39
4.7	PRACOVNÍ NÁPLŇ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V DANÉM ZAŘÍZENÍ.....	39
4.8	POSTAVENÍ V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU.....	42
4.9	SUBJEKTIVNÍ POHLED ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA NA JEHO PROFESI.....	44
5	DISKUZE.....	47
6	ZÁVĚR.....	50
6.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	50
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	51
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	54
	SEZNAM PŘÍLOH.....	55

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá rolí zdravotně sociálního pracovníka při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a v Alzheimercentru ve Zlíně. Téma je zvoleno z důvodu malého podvědomí o řešené pomáhající profesi ve společnosti a mnohdy i mezi samotnými zdravotníky. Cílem bakalářské práce je zjistit, jakou roli zastává zdravotně sociální pracovník při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem a v psychiatrické nemocnici. Dalším cílem práce je porovnat roli zdravotně sociálního pracovníka v sociálním zařízení a ve zdravotnickém zařízení, zjistit a ověřit, jaké činnosti zde vykonává a jaké jsou limitující faktory jejich práce.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly. První kapitola je věnována Alzheimerově chorobě, kde je popsána demence, její rozdělení, charakteristika Alzheimerovy choroby a její jednotlivá stádia, projevy a faktory vzniku tohoto onemocnění, možnosti léčby a prevence vzniku. V druhé kapitole je představena sociální, zdravotní, domácí péče, a to v pobytových sociálních a zdravotnických zařízeních, jako jsou např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, psychiatrická nemocnice, aj. Třetí kapitola je věnována sociální práci, kde je popsána sociální práce, její historie, která je rozdělená na moderní dějiny do roku 1848, moderní dějiny v letech 1848-1900, a na moderní dějiny v letech 1900-1918. Dále se v kapitole věnujeme metodám a přístupům v sociální práci, formám a službám sociální práce, jako je pečovatelská služba, respitní péče, osobní asistence nebo denní stacionáře. Poslední kapitola je věnována zdravotně sociálnímu pracovníkovi. Kapitola definuje zdravotně sociálního i sociálního pracovníka, vymezuje poskytování sociální péče sociálního pracovníka ke klientovi v různých sociálních i zdravotnických zařízeních. Srovnává náplň práce zdravotně sociálního a sociálního pracovníka, zabývá se kompetencemi zdravotně sociálního pracovníka, včetně etických principů při poskytování zdravotně sociální péče klientům.

Praktická část je zaměřena na roli zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém a sociálním zařízení. Praktická část byla zrealizována pomocí kvalitativního výzkumu, metodou polostrukturovaného rozhovoru.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

„Dementia je skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnější charakteristický rys je získaný podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, jako důsledek určitého onemocnění mozku. Dementia je syndrom, který zahrnuje různé symptomy, a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních aktivit, nakonec ztráta schopnosti samostatné existence.“ (Jirák a Koukolík, 2004, s. 10)

Pokud mluvíme tedy o demenci samotné, jedná se o poruchy, při kterých dochází k výraznému zhoršení paměti i dalších funkcí jako je např. adaptace na vnější prostředí, komunikace s vnějším prostředím, aj. Dalšími poškozenými funkcemi může být pozornost, vnímání, schopnost vyjadřovat se, porozumět mluvenému slovu, vykonávat různé činnosti, plánovat denní aktivity, aj. Tyto funkce jsou postiženy z důvodu onemocnění mozku, které se děje chronickým nebo postupujícím způsobem. U demence nedochází k zakrytí vědomí. (Borenstein a Mortimer, 2016, s. 7)

U demence dochází k postižení i dalších funkcí. Jsou popsány tři navzájem propojené okruhy. Jedná se o kognitivní funkce, aktivity denního života a dále poruchy emocí, chování, spánku, nebo také behaviorální a psychologické příznaky demence.

Porušení výše uvedených funkcí by mělo být tak velké, aby zasahovalo do každodenních aktivit člověka. Postižený se stává nesoběstačný, závislý na rodina nebo přátelích, nemocnici nebo ústavu sociální péče.

Ke vzniku demence může vést dalších 60 chorob a představuje pouze syndrom. Jedná se o skupinu různých příznaků. Některé choroby, jako Alzheimerova choroba, jsou vždy spojeny se vznikem demence, u jiných, jako je třeba AIDS, se demence rozvíjí pouze někdy. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 11-12)

1.1 Rozdělení demencí

Demenci můžeme rozdělit podle příčin do dvou skupin:

- Demence s atroficko-degenerativní základem
- Demence symptomatické vznikající celkovým onemocněním, infekcí, intoxikacemi, úrazy, nádory nebo např. cévní mozkovou příhodou. Symptomatické demence jsou

rozděleny na demence vaskulární a ostatní symptomatické demence. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 19)

Atroficko-degenerativní demence

Jsou to procesy snižující počet nervových buněk, synapsí, dochází k poruše funkce neuronů, vytváření a ukládání patologických bílkovin. Důležitým dějem je apoptóza neboli geneticky naprogramovaná buněčná smrt. Občas je to pro tělo výhodné, protože dochází k apoptózám tam, kde je to žádoucí. Mezi další neurodegenerativní děje řadíme uvolnění nadměrného množství kyslíkových volných radikálů. Enzymy v lidském mozku jsou schopny volné radikály likvidovat, ale pokud jsou tyto látky tvořeny nadbytečně a jsou nedostatečně likvidovány, začnou se vázat na různé tělesné tkáně jako např. stěny nervových buněk, které jsou poté ničeny. Dochází ke snížení bílkovin a k tvorbě ukládání patologických bílkovin. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 19-20)

Vaskulární demence

Vzniká na základě poškození mozkové tkáně cévními poruchami. Vaskulární demence je spojena s odumřením určitého okrsku tkáně mozku z důsledku nedostatečného prokrvení, které způsobuje uzávěr vyživující tepny. Tento stav nazýváme mozkový infarkt. Demence může vzniknout i na základě jednoho rozsáhlého mozkového infarktu v oblastech důležitých pro paměť, ale častější je vznik po více drobných mozkových infarktech. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 20)

Ostatní symptomatické demence

Vznikají na základě onemocnění postihujících mozek (otravy, infekce, záněty, úrazy nebo nádory mozku). Jedná se o demence infekční, prionové, metabolické nebo traumatické. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 20)

1.2 Charakteristika Alzheimerovy nemoci

Dle MKN-10 je charakteristika Alzheimerovy choroby následující:

„Jde o deteriorace paměti a myšlení, které postupně narušují soběstačnost v aktivitách denního života.“

Paměť je narušena ve všech složkách, díky čemuž dochází k poruchám chování a myšlení. Onemocnění má nenápadný průběh, pozvolnou progresí a postupné zhoršování kognitivních

funkcí, laboratorní a klinickou nepřítomnost známek dalšího onemocnění, nepřítomnost neurologického poškození mozku nebo mozkového poranění. (Jirák a Koukolík, 2004, s. 20)

U Alzheimerovy choroby je mozek pokryt tzv. Alzheimerovy plaky, které jsou tvořeny beta amyloidem, v jehož oblasti pak dochází k odumírání mozkových buněk. Dodnes není příčina této nemoci zcela známa, jsou zjišťovány chromozomální aberace 21. a 14. chromozomu. Výskyt této choroby vysoce stoupá po 65. roku.

U Alzheimerovy demence rozlišujeme dva typy. Pokud jde o poruchu, která začíná dříve než v 65 letech, jedná se o poruchu s velmi progresivním průběhem a vyznačuje se syndromem pěti A: afázie, agrafie, alexie, apraxie a agnozie. Druhý typ je již ten klasický, kdy se nemoc objevuje po 65. roku života a má pozvolný průběh. (Dušek a Večeřová – Procházková, 2010, s. 180)

1.3 Stádia nemoci

Alzheimerovu chorobu můžeme rozdělit do třech stádií. Jedná se o tzv. pre stádium, rané, mírné a pokročilé stádium. (Callone, et al., 2006, s. 21)

Pre stádium

V prvním stádiu je velmi těžké rozpoznat, zda se jedná o Alzheimerovu chorobu nebo se jedná pouze o projev stáří. Pokud ovšem člověk na sobě pozoruje drobné a trvalé snižování základních funkcí mozku, je normální, že začne uvažovat nad tím, jestli se jedná o nemoc nebo pouze projev stárnutí. Projev stárnutí mozku nazýváme drobná senilní zapomnětlivost.

U člověka v této fázi nastává spousta prvních varovných signálů. Jedná se především o problémy se zvládnutím každodenních aktivit (např. postižený si domluví schůzku, na kterou pak zapomene nebo si zapne plotnu, protože si chce něco uvařit, ale zapomene na ni), postižený má problém s rozhodováním, velmi obtížně se učí novým věcem (např. po přestěhování neustále chodí na svou starou adresu), má strach opustit známé prostředí, tím se stává závislý na ostatních členech rodiny. Pacient přestane vycházet z domu a stává se osamocený a pasivní.

Tyto změny nejsou náhlé, vznikají velmi pomalu, avšak postupem času viditelnější a intenzivnější. (Callone, et al., 2006, s. 25-30)

Ranné stádium nemoci

V tomto stádiu začínají odumírat buňky v oblasti hippocampu, který je centrem paměti. První symptomy, které pozorujeme jsou výpadky paměti. Nemocný si v tomto stádiu nemoc ještě nepřipouští. Změny vnímá spíše okolí. Z hippocampu se postižení přesouvá do spánkového laloku, takže postižený má problémy s porozuměním slovu či nalezení správného výrazu.

V této fázi je obvykle postiženému stanovena diagnóza nemoci, kterou může doprovázet strach z neznámého, ale také to přináší konec obav a dohadů. Pokud má postižený v blízkém okolí člověka, který se o něj bude starat, měl by se vyvarovat několika důležitých věcí. Není vhodné, aby s postiženým pečující člověk mluvil jako s malým dítětem, aby se smál jeho pokusům o komunikaci, odmítal jeho účast na rodinných akcích nebo oslavách, vyhýbal se s ním chodit na veřejnost nebo ho jakýmkoli způsobem podceňoval. Naopak dobrým nápadem je najít staré fotografie a hovořit o nich s nemocným, co si pamatuje, jaké má z nich pocity aj. Tato metoda pomáhá oživovat dlouhodobou paměť, protože krátkodobá pomalu selhává. Dobrý způsob tréninku paměti je popisování různých předmětů v domě a stimulování tak řečového centra a konverzace s pacientem nad předměty, kterých si všímá. Za účinné se považuje podpoření činností, které pacient dříve rád dělal, jako např. zahradničení, malování, fotografování. (Callone, et al., 2006, s. 39-44)

Mírné stádium nemoci

V tomto stádiu se poškození mozku rozšiřuje i do temenních mozkových laloků, nemocný ztrácí schopnost reagovat na zrakové a zvukové vjemy, pocity těla. Nemocný má problémy se samostatností, obléct se, často se ztrácí, působí dezorientovaně. V tomto období si postižený začíná uvědomovat, že s ním není něco v pořádku, proto se snaží sám vyhledat odborného lékaře.

Pečující osoba se dostává do mnohem náročnější fáze, protože si začíná uvědomovat, že nemocný přestává zvládat některé úkony a vyžaduje větší množství pozornosti a péče, což vede ke značné psychické zátěži. Nemocný člověk se může začít chovat nepříjemně, říkat nehezká slova, může být rozmrzelý a méně ochotný. V této fázi nemoci pečující osoba často hledá rovnováhu mezi vlastními potřebami a potřebami člověka, o kterého pečuje. (Callone, et al., 2006, s. 59-62)

Pokročilé stádium nemoci

V této fázi je poškozen čelní lalok, díky čemuž přestává nemocný jednat přiměřeně. V tomto stádiu není možné zvládat o nemocného pečovat doma, jelikož ztrácí schopnost úsudku, logického uvažování, reaguje nevhodně a nepřijatelně. U nemocného se mohou projevovat epizody vzteku, může být násilný nebo poddajný, apatický, aj. Tělesný kontakt u něj může vyvolávat agresi. V závěrečném stádiu nemoci je díky velkému zničení mozkových buněk pacient upoután na lůžku a je relativně bez reakcí.

Mezi zásady správného přístupu k nemocnému v této fázi patří i zásada mluvení na nemocného, i přes to, že nereaguje. Je dobré na nemocného mluvit pomalu a jemně. Pomocí obrázku a zvuků můžeme v nemocném vyvolat zbytky vzpomínek, které v něm vyvolají příjemný prožitek. Důležité je sledovat neverbální projevy, pomocí kterým nám je nemocný schopen dát najevo, že se mu něco nelíbí nebo ba naopak líbí.

V konečné fázi je nemocný zcela odkázán na pomoc a péči ostatních. (Callone, et al., 2006, s. 78-82)

1.4 Projevy Alzheimerovy choroby

Onemocnění ve většině případů začíná velmi nenápadně. Poruchy soustředění, paměti a myšlení patří k prvotním znakům vznikajícího onemocnění. Ve spoustě případech jsou příznaky Alzheimerovy choroby a deprese velmi podobné. Je potřeba vyhledat odborného lékaře, jako je psychiatr, geriatr nebo neurolog. Tito lékaři by měli po podrobném rozebrání příznaků, laboratorním i klinickým vyšetření a vyšetření mozku stanovit, zda se jedná o Alzheimerovu chorobu či nikoli.

Alzheimerova choroba je ze začátku plíživá a postupně postupující. Dochází k poruše a zničení nervových buněk a spojů. Zhoršuje se paměť, pozornost a schopnost soustředit se. Pacient začíná mít problémy s řečí, jeho řeč se zjednodušuje, velmi rychle se mu mění nálada a chování. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 39)

Obvykle je porušena novopaměť, proto staří lidé často vzpomínají na jejich mladí a zlaté staré časy. Na začátku je porušena orientace v prostoru a čase, naopak osobní orientace je zachována nejdéle. Zpomaluje se myšlení, mohou se objevovat bludy nebo paranoidní interpretace. Dalším z hlavních příznaků je porucha intelektu, což způsobuje snížení soudnosti a kritičnosti. Poruchy v emotivní rovině se mohou projevit v depresivní a

expanzivní formě. Typická je emoční labilita, kdy se střídají nálady a afekty, jejichž charakter je krátký. Objevují se afekty zlosti, citové otupění, apatická nálada, neklid, agresivní chování. Nemocní mají také problémy v oblasti spánku, typický je spánek v průběhu dne a noční bdělost. (Dušek a Večeřová – Procházková, 2010, s. 181)

1.5 Faktory vzniku Alzheimerovy choroby

Není přesně známo, co nemoc způsobuje. Známe některé rizikové faktory, které mohou přispívat k jejímu vzniku. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 12)

Následující rizikové faktory mohou přispívat ke vzniku onemocnění:

- Věk – Alzheimerova choroba se nejčastěji vyskytuje u lidí nad 60 let.
- Genetické faktory – vysoký výskyt je u lidí s Downovým syndrom. Lidí, u kterých se v rodině Alzheimerova choroba vyskytuje, mají 3 – 4X vyšší pravděpodobnost výskytu onemocnění.
- Cévní mozkové příhody a cévní onemocnění – jakýkoli typ demence se objevuje až u třetiny lidí po cévní mozkové příhodě. Lidé trpící cukrovkou, vysokým krevním tlakem nebo onemocněním srdce, jsou také náchylnější k rozvoji demencí.
- Kouření – některé studie ukazují, že lidé, kteří jsou závislí na nikotinu nemají pouze vyšší riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění, ale i různých typů demencí.
- Deprese – starší lidé s depresí mají 3 – 4X vyšší riziko vzniku Alzheimerovy choroby. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 12-14)

1.6 Vyšetřovací metody u demencí

Diagnostika demence je důležitý proces, na kterém se podílí pacient, pečovatel a lékař. Lékař shrne výsledky a informace a stanoví diagnózu. (Jirák, Holmerová, Borozová a kol., 2009, s. 25)

Rozlišujeme tyto základní vyšetřovací metody:

Anamnéza

Člověk, který trpí demencí si nemoc mnohdy nepřipouští, zlehčuje ji, proto je důležitá pečující osoba, která je schopna poskytnout veškeré informace o příznacích. V anamnéze

pátráme po úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocněních srdce, cukrovce, léčených psychických problémech, přítomnosti demence nebo jiného psychického onemocnění u členů rodiny, užívaných lécích. (Jirák, Holmerová, Borozová a kol., 2009, s. 26)

Orientační vyšetření poznávacích funkcí

V rámci demence testujeme neurologicko-psychiatrické funkce jako je paměť, řeč, schopnost orientace v prostoru a čase, obsluhovat mobilní telefon, televizi, plánovat a vykonávat smysluplné aktivity. Důležitým poznatkem je i informace, zda si pacient svou nemoc uvědomuje, či nikoli.

Jednotlivé poznávací funkce testuje psycholog, neurolog nebo psychiatr. Jedním z nejznámějších testů je MMSE test, který je pouze orientační a není určen pro všechny typy demencí. Tento typ testu zkoumá prostorovou a časovou orientaci, jednoduché počítání, pojmenovávání jednoduchých předmětů, překreslení obrázku a zapamatování věty. (Jirák, Holmerová, Borozová a kol., 2009, s. 26-27)

Zobrazovací metody

Mezi nejvyužívanější zobrazovací můžeme řadit CT, magnetickou rezonanci nebo lumbální punkci. Magnetická rezonance a CT zobrazují morfologické odchylky jako je úbytek mozkové tkáně, metastázy nebo cysty.

Další zobrazovací metodou je lumbální punkce. Jedná se o odběr mozkomíšního moku, přímo z páteřního kanálu. Tento způsob je pro pacienta velkou zátěží a nemoc rozpozná až v pokročilém stádiu. (Jirák, Holmerová, Borozová a kol., 2009, s. 27)

1.7 Léčba Alzheimerovy choroby

Většina demencí v dnešní době není léčitelná, přesto je možné vhodnou léčbou dosáhnout zpomalení průběhu nemoci, oddálení těžkých stádií nebo zlepšení kvality života postižených.

Léčebné přístupy můžeme rozdělovat na biologické a nebiologické, přičemž je lze kombinovat a vhodně doplňovat. Z biologických léčebných přístupů je nejvyužívanější farmakoterapie, která je rozdělena na kognitivní a nekognitivní farmakoterapii. U kognitivní farmakoterapie jsou ovlivněny poznávací funkce a u nekognitivní jsou ovlivněny poruchy nálad, spánku nebo chování. (Jirák, Holmerová, Borozová a kol., 2009, s. 88)

Farmakologická léčba

Farmakologická léčba se zaměřuje na ovlivnění základních příznaků demence, přičemž důležitou roli hraje léčba zaměřená na příznaky přidatných příznaků. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 195)

Léčba antipsychotiky se používá k léčbě neklidu a agresivního chování, v případě, že nezabírá nefarmakologická léčba a také v případě probíhající psychózy. (Látalová, 2013, s. 98-100)

Z antidepressiv jsou nejrozšířenější antidepressiva z řady SSRI jako jsou Citalex, Fevarin, Zoloft, Deprex. K řešení nespavosti nikdy nevolíme benzodiazepiny kvůli riziku zhoršení kognitivních funkcí. Volíme hypnotika nové generace, jako je Hypnogen nebo využijeme neuroleptika, které mají sedativní účinek. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 196)

Antipsychotika by neměla být používána dennodenně, pokud ovšem nehrozí nebezpečí lidem, kteří s postiženým žijí nebo o něj pečují. Podávání benzodiazepinů by mělo být krátkodobé, určené pouze ke zvládnutí agresivní epizody. (Látalová, 2013, s. 99-101)

Nefarmakologická léčba

V rámci nefarmakologické terapie můžeme hovořit o různých formách paměťových tréninků, reedukaci porušených funkcí nebo edukaci pacientů a rodiny nemocného. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 195)

Jedná se o moderní metody používané ve fázi rozvinuté a pokročilé demence. Při tomto typu léčby je velmi důležité respektovat pacientovy schopnosti a zásady správné komunikace s pacientem s demencí. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 91)

U nefarmakologické léčby jsou využívány následující metody:

- **Orientace realitou**

Tento přístup patří k jedním z nejstarších, avšak v současné době používáme jen některé prvky. Pokud je člověk s demencí dezorientován a má mylné domněnky, je nejlepší cestou mu nabízet řešení, pomůcky a upomínky k tomu, aby se mu usnadnila orientace. Pokud jim ale vysvětlíme, jak věci ve skutečnosti jsou, často je to uvrhne do plačtivé a depresivní nálady. Proto je dobré tyto myšlenky nevyvracet, ale pracovat s nimi. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 95-96)

- **Validace**

Jedná se o princip založený na principu úcty člověku s demencí, přijetí a respektování. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 96)

- **Kognitivní trénink**

Tato metoda je užitečná pro lidi ve stádiu mírné a středně pokročilé demence. Náročnost cvičení je potřeba přizpůsobit všem účastníkům. Kognitivní trénink může být pro lidi s mírnou demencí stresující, proto je potřeba navodit klidnou a přátelskou atmosféru. Trénink vede k procvičování a aktivizaci, ale ve valné většině případů nedochází ke zlepšení kognitivních funkcí. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 96)

- **Reminiscence**

Jedná se o metodu využívající různé vzpomínky. S klientem vzpomínáme na různé období, různé věci, které pro něj byly důležité. Důležitá je spolupráce s rodinou, která může poskytnout informace o životě nemocného, krátký životopis nebo třeba staré fotografie. V rámci reminiscence bychom se měli primárně vracet do mládí a středního věku, neměli bychom se však vracet do staré historie. (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009, s. 97-98)

- **Terapeutické vaření nebo pečení**

Tato forma terapie se může provádět individuálně nebo skupinově. Jedná se o přirozené aktivity, vykonávané dříve u pacientů v domácnosti. Při tomto druhu terapie opět dostávají pocit normality. Terapeut by měl činnosti koordinovat, měl by každému pacientovi přidělit určitý druh práce. Velmi důležitá je smyslová stimulace, známá příjemná vůně a chuť, která může přispívat k dobré náladě pacienta. (Holmerová, Jarolímová, Suchá a kol., 2009, s. 224)

1.8 Prevence Alzheimerovy choroby

Poruchy paměti a dalších poznávacích funkcí můžeme určitými opatřeními pouze oddálit, ne se jim ale zcela vyhnout. Mezi významné faktory patří vyvážená strava, zdravý životní styl spojený s dostatkem pohybové aktivity. Velmi důležité je zapojování mozku, ale ne však pouze v rámci tréninku, ale také v rámci běžného života.

Mezi činnosti prospěšné pro mozek můžeme řadit psaní deníku nebo hlasité čtení. Při psaní dochází k zapojování pravé i levé hemisféry. Na konci týdne si vždy zápisky přečte a měl by si vzpomenou na konkrétní den, konkrétní situaci.

Velmi účinné jsou tvůrčí činnosti, které přispívají k zapojování pravé hemisféry. Zapojování pravé hemisféry je považováno za preventivní opatření vedoucí k oddálení nástupu degenerativních onemocnění mozku jako je právě Alzheimerova choroba.

Zajímavou formou procvičování paměti může být hraní her. Mezi osvědčené postupy patří mezigenerační hraní her (babička – vnuk – pravnuk). Obtížnější variantou je hraní číselného pexesa, kdy se seniorovi můžou plést kartičky s čísly jako 333, 365, 60, 999 aj.

Pro paměť je nejhorší stereotyp a rutina. Proto jsou velmi důležité spíše drobné změny nebo začít dělat věci jiným způsobem, než na co byl senior dosud zvyklý. Učení novým věcem především ve vyšší věku se stává obtížnější, ale je velmi důležité pro zapojení pravé mozkové hemisféry. (Suchá a Jarolímová, 2017, s. 32-35)

2 PÉČE O OSOBY S ALZHEIMEROVOU DEMENCÍ

2.1 Sociální práce

Jedná se o společenskovední disciplínu, která má za úkol odhadovat, vysvětlovat, snižovat a řešit sociální problémy jako je chudoba, bezdomovectví, nezaměstnanost, diskriminace menšin, aj. Sociální práce vychází z principu solidarity, opírá se o ideál naplňování lidského potenciálu.

Sociální pracovníci mají za úkol pomoci jednotlivci, rodině, skupině nebo komunitě vrátit se zpět k sociálnímu uplatnění. Také pomáhají vytvářet příznivé podmínky pro jejich uplatnění.

Sociální práce je jedním z hlavních přístupů při poskytování sociální pomoci. (Matoušek, 2016, s. 200)

Metody sociální práce

Všechny služby nabízené seniorům s tímto typem onemocnění mají za cíl posílit hodnotu jejich života, posílit jejich funkční schopnosti, podporovat jejich fyzickou zdatnost, pohybové a kognitivní schopnosti a také se klientům snaží zajistit co nejlepší kvalitu života navzdory jejich onemocnění. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 184-185)

- **Validace**

Jedná se o přístup, který vychází z humanistické psychologie a je založen na toleranci, vcítění a empatickém naslouchání. Validace je přínosná zvláště při práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí, především s demencí. I takto nemocní lidé se potřebují svým způsobem smířit se svým životem, vyřešit si a uzavřít svou minulost.

Validovat znamená dávat hodnotu každému projevu člověka, respektovat člověka v jeho dřívějších rolích, komunikovat s klientem o tématech, o kterých chce, orientovat se tedy v jeho světě nebo přijímat jeho aktuální emocionální rozpoložení.

Úkolem sociálního pracovníka je brát ohled na tyto projevy a snažit se najít jejich příčiny v minulosti klienta, ve vnitřních pocitech, které klient prožívá a nedaří se mu je vyjádřit. Tím, že je vnímáme a přijímáme takové, jací jsou jim dáváme najevo, že ještě mají smysl a cenu a tím nemocný klient uspokojuje své potřeby. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 185-186)

- **Rozhovor**

Zahajující činností při práci zdravotně sociálního pracovníka je sběr informací o pacientovi, proto je rozhovor jednou z nejdůležitějších a nejvyužívanějších metod sociální práce. Pomocí rozhovoru získá pracovník spoustu informací, která využívá při své práci. Může získat informace nejen o pacientovi, ale také jeho rodině, rodinného zázemí, sociální situaci aj. (Kuzníková, 2011, s. 65)

Rozhovor je tedy základní technika sociální práce, která je využívána v sociální práci, poradenství nebo psychoterapii. Rozhovor můžeme dělit na několik fází. První fáze je přípravná, kdy by se měl profesionál seznámit s informacemi, aby více klientovi porozuměl. Následuje fáze jednání s klientem, kdy je potřeba mluvit o problému, kterým se chce zabývat. Během této fáze řešíme schůzky s klientem, probíráme, jaké má od setkání očekávání atd. Důležité je, aby profesionál uměl parafrázovat klienta, a tudíž ho velmi pečlivě poslouchal. Důležité je, aby na konci profesionál shrnul vše, o čem mluvil. (Matoušek, 2016, s. 192)

- **Sociální poradenství**

Sociální poradenství je další z využívaných metod zdravotně sociální práce. Zdravotně sociální práce využívá poradenství ve chvíli, kdy chce pacienta informovat o možnostech služeb a o tom, na co má nárok. Poradenství je způsob, jak se snažit lidem pomoci. Poradenství dělíme na základní a odborné.

V rámci základního poradenství podáváme informace o tom, na co má klient nárok a jaké služby může využít, aby zmírnil náročnou situaci, ve které se nachází. Tyto informace vychází ze systému, který se zabývá sociální ochranou občana. Do tohoto systému patří pojištění, podpora a pomoc.

Odborné poradenství podává přímou pomoc lidem, kteří řeší své sociální problémy. (Matoušek, 2013, s. 102)

2.2 Sociální péče

Cílem sociální péče je univerzální rozvoj jedince. Sociální péče vychází ze solidarity společnosti a spočívá v přerozdělení prostředků a služeb ve společenském prostředí.

Sociální péči můžeme poskytovat pomocí sociálního pojištění, zdravotního pojištění, státních podpor, sociální pomoci nebo sociálních služeb. Do sféry poskytování sociální péče také patří poskytování věcných a peněžitých dávek, poradenská péče, výchovná péče, ústavní péče, sociálně-právní ochrana, pečovatelská služba, pracovní rehabilitace, stravování, výhody pro těžce zdravotně postižené lidi, bezúročné půjčky.

Do cílové skupiny spadají občané, kteří se pomocí vlastního příjmu nedokáží dostatečně zabezpečit, občané, kteří sociální pomoc potřebují kvůli vysokému věku a i ti, kteří nemohou pomocí vlastních sil překonat tíživou životní situaci. Za sociální pomoc se považujeme i péči, která je poskytována ve zdravotnických zařízeních. Mezi orgány, které u nás poskytují sociální pomoc řadíme MPSV ČR, krajský úřad, obecní úřad s rozšířenou působností. (Matoušek, 2016, s. 198)

2.3 Zdravotní péče

Zdravotní péče je soubor činností a opatření prováděných u osob za účelem předcházení, oddálení a odstranění nemoci, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního stavu, udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení a posuzování zdravotního stavu. (Čevela, et al., 2014, s. 210)

Základem je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Praktický lékař se účastní jak primární, sekundární, tak terciální prevence. V péči o seniory, kteří trpí různými formami demence by měl primárně spolupracovat s rodinou, ale také s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou, nemocnicemi atd.

Pro rodiny je důležité zajišťování a možnost půjčení kompenzačních pomůcek včetně polohovacích lůžek, rehabilitačních a ošetrovatelských pomůcek. Zdravotní péči, také dle potřeby, poskytují ambulantní lékaři jako internisté, urologové, oční lékaři, stomatologové, gynekologové, aj. (Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 60-61)

Sociální práce se seniory ve zdravotnických zařízeních

Sociální pracovník je považován za odborníka na problematiku týkající se sociální pomoci, nárokových sociálních dávek, postupů při zajišťování návaznosti akutní, následné i dlouhodobé péče. Pracovní pole působnosti by se mělo nacházet mezi nemocným a jeho rodinou.

Senior hospitalizovaný v nemocnici je ohrožen změnou svého zdravotního stavu nebo trvalým snížením soběstačnosti. I přes to, že je pacientův stav stabilizovaný a akutní medicína nemůže již více přispět ke zlepšení kvality zdraví a života, je nutno pacientovi zajistit dostatek potřebné zdravotní péče, vhodné prostředí a dostatečné množství sociální podpory, potřebné pro zvládnutí rekonvalescence. Při tomto procesu hraje sociální pracovník velmi důležitou roli, jelikož je členem geriatrického týmu. Sociální pracovník by měl hodnotit zdravotní a funkční stav pacienta, který se probírá na geriatrické konferenci nebo komplexním geriatrickém hodnocení, které by se měl účastnit i pacient. Dále by měl následovat návrh konkrétního řešení pacientovy situace, které je součástí plánovaného propuštění z nemocnice. Při nezvládnutí tohoto stavu hrozí riziko zhoršení zdravotního stavu, opětovné hospitalizace nebo prohloubení nesoběstačnosti.

V celém procesu nesmíme zapomínat, že musí být plně respektována přání pacienta a jeho rodiny. Sociální pracovník zde má nezastupitelnou roli, díky svému přesahu do domácího prostředí pacienta a zapojení rodiny či komunity. Díky svému komplexnímu přístupu, propojení znalostí dokáže sociální pracovník výrazně přispět k zajištění kvalitní péče o seniora, k využití všech dostupných zdrojů navazujících na jeho dosavadní život a přispívá i k jeho aktivizaci. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 165)

Sociální práce se seniory v rezidenčních zařízeních

Pro tuto cílovou skupinu rozlišujeme dva typy zařízení; léčebny dlouhodobě nemocných a domovy pro seniory. LDN řadíme mezi zdravotnická zařízení a pobyt zde, by neměl přesáhnout dobu 3 měsíců. V České republice existují další 2 typy rezidenčních zařízení, které se liší množstvím poskytovaných služeb a způsobem platby za její poskytování. Jedná se o domovy-penziony pro seniory a domy s pečovatelskou službou. Domovy-penziony pro seniory jsou určeny pro lidi, kteří jsou ještě zdraví a zcela soběstační. Služba funguje jako pronájem bytu, ve kterém si mohou lidé zaplatit různé služby jako praní, úklid nebo donášku jídla. Domy s pečovatelskou službou nabízejí klientům také pronájem bytu, kde je v pracovní dny neustále přítomna pečovatelská služba. Pečovatelská služba nabízí pomoc v oblastech každodenního života, doprovod k lékaři nebo pomáhá s vyřizováním různých věcí na úradech. U obou typů těchto rezidenčních zařízení je velmi důležitý dobrý zdravotní stav klienta. V případě zhoršení jeho stavu mu musí být ihned zajištěna jiná forma sociální služby. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 177-178)

2.4 Domácí péče

Domácí péčí rozumíme poskytování zdravotní i sociální péče v domácím prostředí. Cílem je snížení nákladů na zdravotní péči. Domácí ošetrovatelská péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Ošetrovatelské služby v domácím prostředí poskytují agentury domácí péče. Zřizovatelem může být město, charita nebo soukromá osoba. Jednou z hlavních podmínek tohoto typu ošetrování je zapojení rodinných příslušníků nebo jiné pečující osoby. Většina agentur nabízí zapůjčení různého vybavení jako jsou třeba polohovatelná lůžka, kompenzační a rehabilitační pomůcky aj. (Šedová, 2020, s. 27)

Součástí agentury domácí péče jsou všeobecné sestry, fyzioterapeuti, psychiatrické sestry, psychologové, ergoterapeuti aj. (Vostatek, 2013, s. 31)

Komplexní domácí péče je zaměřena na podporu zdraví, prevenci nemocí, léčbu nemocí a rehabilitaci. Úkolem domácí péče je zkrátit hospitalizaci a dostonat doma v přirozeném prostředí s rodinou. S tím souvisí i to, že domácí péče se snaží zabránit traumatu z odloučení nemocných od rodiny a domácího prostředí. Pomocí domácí péče se také snižují náklady na léčbu a ošetrovatelskou péči, protože péče doma je mnohem levnější než hospitalizace. Domácí péče je poskytována ve formě základní, odborné nebo paliativní.

Do základní péče řadíme poskytování osobní hygieny, kontrola pitného režimu nebo prevence a léčba dekubitů.

Do odborné péče patří podávání léků, hodnocení celkového stavu klienta, odběr biologického materiálů nebo zavádění katetrů a sond.

Paliativní domácí péče je určena lidem, kteří již nereagují na léčbu a měla by být poskytována speciálně vzdělanými pracovníky, jako jsou lékaři a všeobecné sestry z hospiců. (Šamánková, kol., 2006, s. 83-85)

Sociální práce se seniory v domácím prostředí a komunitě

Při realizaci propouštěcího plánu a následné práci s klientem a jeho rodinou uplatňujeme terénní sociální práci, jelikož se snažíme ponechat klienta co nejdéle v domácím prostředí, snažíme se také o jeho navrácení do společnosti a zachování jeho dobré fyzické kondice. Sociální práce obsahuje spoluúčast na sociálním plánování a na rozvoji celostní sítě sociálních služeb i sociální péče i sociální intervence, včetně služeb navazujících na zdravotnické služby. Sociální práce by měla také zahrnovat péči o kvalitu života klienta a

podporu zdraví lidí, žijících v komunitě. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 171-172)

2.5 Poskytování ústavní péče v pobytových sociálních a zdravotnických zařízeních

Následně jsou rozebrány určitá pobytová zdravotní a sociální zařízení, ve kterých je sociální práce velmi důležitá. Sociální práce v následujících zařízeních je součástí konkrétní pomoci seniorům, kteří zde pobývají a sociální pracovníci by měli uvažovat nad směrem jejich vývoje v budoucnosti. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 179)

Gerontopsychiatrická oddělení nemocnic

V gerontopsychiatrických odděleních nemocnic je zajištěna léčba pro seniory se stařeckými psychickými poruchami. Oddělení bývají součástí psychiatrického nebo jiného oddělení v nemocnici. (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006, s. 42)

Psychiatrické nemocnice

Jedná se o zdravotnické zařízení, které poskytuje dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osobám s duševním onemocněním všech věkových kategorií. V psychiatrické nemocnici jsou přijímáni pacienti k dobrovolné i nedobrovolné hospitalizaci. Pro akutní psychiatrickou péči jsou vytyčeny specializovaná lůžka. Předpokládá se, že akutní psychiatrickou péči převzou od psychiatrických nemocnic pouze psychiatrická oddělení v nemocnicích. V psychiatrických nemocnicích jsou hospitalizováni pacienti s různou psychiatrickou diagnózou, nejčastěji to ovšem bývá schizofrenie. Psychiatrické nemocnice v dnešní době nabízejí širokou síť různých oddělení přizpůsobených potřebám pacienta. Jedná se o např. o oddělení gerontopsychiatrická, doléčovací oddělení, oddělení pro léčbu závislosti, oddělení pro adolescenty, psychoterapeutická pracoviště atd. Psychiatrické nemocnice jsou převážně tvořeny několika pavilony, umístěnými v zahradě. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 42-43)

Léčebny dlouhodobě nemocných

Léčebny dlouhodobě nemocných jsou zdravotnická zařízení, do kterých jsou umístováni dlouhodobě nemocní z důvodu nedostatečné kapacity návazných ústavních služeb. Ve většině případů se tedy jedná o seniory, u kterých mohou sociální problémy převažovat ty zdravotní. (Matoušek, kol., 2007, s. 90)

Péče v LDN je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Je zde poskytována rehabilitační péče a intenzivní doléčování a pobyt zde by neměl přesáhnout dobu 3 měsíců. Sociální pracovník zde následně řeší, co se bude dít po propuštění a následnou péči. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 177-178)

Domovy pro seniory

Jedná se o klasické sociální zařízení, které poskytuje institucionální péči o seniory. Domovy pro seniory nabízejí dlouhodobé ubytování a různé druhy služeb jako třeba péči o klienta, aktivity, ošetrovatelskou péči, rehabilitační péči nebo také hospicovou péči o umírající klienty. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 179)

Mezi činnostmi, kde zde vykonává sociální pracovník patří administrativní práce, zejména vyřizování dávek, dokumentace, pozůstalostní agenda, plánuje také příchod do zařízení, provádí sociální šetření v rodině, přichází do styku s rodinou klienta a s klientem samotným. Sociální pracovník má za úkol, po příchodu klienta, vytvořit individuální plán a plán péče, dále je jeho velmi důležitým úkolem spolupracovat s rodinou klienta, zajišťuje klientům psychosociální pomoc jako je socioterapie, taneční terapie, reminiscenční terapie, trénink paměti aj. Nedílnou součástí jeho práce je, aby dohlížel na dodržování lidských práv klientů, etického kodexu sociální práce, koordinoval práci na vnitřních standardách, zajišťoval vzdělávací program pro pečovatele atd. (Matoušek, Koláčková a Kodymová, 2005, s. 180)

Domovy se zvláštním režimem

Jedná se o pobytovou službu poskytovanou osobám se sníženou soběstačností, z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění. Tyto osoby ve většině případů vyžadují pravidelnou pomoc jiné osoby. Jedná se o pobytové zařízení s celoročním provozem a jeho princip fungování je velmi podobný domovu pro seniory, akorát zohledňuje potřeby cílové skupiny. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám této cílové skupiny. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 65)

3 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO/SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

3.1 Zdravotně sociální pracovník

Zdravotně sociální pracovník provádí činnosti v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče. Péči provádí v oblasti zdravotně sociální a také v oblasti specifické ošetrovatelské péče, jedná se především o uspokojování potřeb klienta. Sociální práce ve zdravotnictví je místem, kde se protíná sociální péče se zdravotní. Určitý díl léčebného a ošetrovatelského procesu tvoří zajištění návaznosti sociální péče na péči zdravotní. Zdravotně sociální pracovník vykonává činnost v oblasti sociální práce ve zdravotnictví. Působí jako zdravotnický pracovník s klíčovými znalostmi, vzděláním a praktickými zkušenostmi v oblasti zdravotně sociální péče. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 69)

Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Zdravotně sociální pracovník má kompetence profesně oborové, sociálně anamnestické a diagnostické, poradenské a konzultační, výchovné, rozhodovací, organizační, metodické, jazykové, komunikativní a etické, osobnostně kultivující. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 72)

- **Kompetence profesně oborové**

U profesně oborových kompetencích mluvíme o kvalitních teoretických znalostech a dovednostech a o schopnostech jako být schopen se podílet na uspokojování potřeb klienta, být schopen odstraňovat negativní sociální faktory, výt nápomocen lidem při reintegraci do společnosti, být schopen jak samostatné, tak týmové práce, musí být schopen spolupracovat s jinými zdravotnickými nebo sociálními pracovníky, být schopen dodržovat a kontrolovat účinnosti nových standardů a metod zdravotně sociální péče. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 72-73)

- **Kompetence anamnestické a diagnostické**

Zdravotně sociální pracovník musí být schopen provádět u klientů sociální šetření, odebírat sociální anamnézu, stanovovat sociální diagnózy a sociální prognózy, zpracovávat zprávu o posouzení životní situace klienta. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 73)

- **Kompetence poradenské a konzultační**

Zdravotně sociální pracovník by měl být schopen poskytovat právní poradenství na úrovni zdravotně sociálního pracovníka, podávat informace a poskytovat konzultace klientům a jejich rodinám, v případě úmrtí klienta poskytovat odborné poradenství pozůstalým. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 73)

- **Kompetence organizační**

Je nutné, aby zdravotně sociální pracovník znal principy organizace a řízení zdravotnictví, měl by být schopen připravovat klienty pro ústavní péči, průběžně sledovat zdravotnickou a sociální dokumentaci klientů, vést příslušnou dokumentaci, podílet se na propouštění klientů včetně zajištění následné péče a služeb, spolupracovat s orgány veřejné správy. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 73-74)

3.2 Sociální pracovník

Sociální pracovník provádí sociální šetření, zabezpečuje sociální administrativní činnost v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, koordinuje poskytování sociálních služeb. (§ 109 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Sociální pracovník se řídí etickými principy sociální práce, měl by respektovat unikátnost každého klienta, bez ohledu na původ, rasu či náboženství, měl by přijímat klienta takového, jaký je, respektovat práva klienta svobodně se rozhodovat a měl by mít především empatický přístup. Cílem vzájemného působení sociálního pracovníka a klienta je nejen navázání kontaktu, ale také vytvoření pozitivního terapeutického vztahu, který patří mezi základní předpoklady pro úspěšné řešení problémů. Za základ takové vztahu se dá považovat komunikace, která vychází z obecných zásad a pravidel jednání s klientem. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 76-79)

3.3 Komparace náplně práce zdravotně sociálního pracovníka a sociálního pracovníka

V následujícím textu je představeno porovnání náplně práce zdravotně sociálního a sociálního pracovníka, která je ve skutečnosti v poskytování sociální práce někdy odlišná.

Dle § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů uvádí, že „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče.*“ V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů stojí, že sociální pracovník provádí „*sociálně právní poradenství, analytickou, metodologickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. Zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“ (§ 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů definuje za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka „*činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.*“ (§ 10 zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů)

Zdravotně sociální pracovník se snaží o znovu začlenění klienta do společnosti, což u sociálního pracovníka nebylo zjištěno. Sociální pracovník poskytuje krizovou pomoc, která ale může být součástí práce i zdravotně sociálního pracovníka v rámci sociálního poradenství. Zdravotně sociální pracovník jedná s různými institucemi a rodinami pacientů, sociální pracovník koordinuje poskytování sociálních služeb na úrovni obcí a krajů. Nesmíme proto zapomínat, že sociální a zdravotní péče se neustále kříží. (Kuzníková, 2011, s. 47-48)

Mezi náplně práce zdravotně sociálního pracovníka patří provádění sociálního šetření, zabezpečování sociální agendy, provádění sociálního poradenství, dále provádí analytickou, metodickou a koncepční činnost ve zdravotně sociální oblasti a vykonává odborné činnosti v zařízeních poskytující zdravotně sociální péči, včetně prevence a depistážní činnosti, krizové pomoci, sociálního poradenství a sociální rehabilitace. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 69)

Mezi náplně práce sociálního pracovníka můžeme řadit vykonávání práce v oblasti sociální péče a sociální prevence, sociální rehabilitaci, může provádět sociální šetření, může provádět sociálně právní poradenství, depistážní činnost, zajišťuje potřeby obyvatel a kraje, koordinuje poskytování sociálních služeb. (Kuzníková, 2011, s. 47-48)

3.4 Etické principy zdravotně sociální práce

Pro každou pomáhající profesi, jako je i zdravotně sociální pracovník, je důležité navázání dobrého vztahu s klientem nebo pacientem a jeho rodinou. Vztah by měl být postaven na důvěře, porozumění a pocitu bezpečí. Zdravotně sociální práce zahrnuje principy jak sociální, tak zdravotní péče. Za základní etické principy zdravotně sociální práce jsou považovány: advokacie, autonomie, cílevědomost, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, neškodit, prospěšnost, solidarita, společné dobro, spravedlnost. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 54-55)

Autonomie

Autonomie předpokládá, že zdravotně sociální pracovník bude přistupovat ke všem osobám rovnocenně. Za autonomní osobu považujeme osobu, která je schopna přemýšlet o osobních a individuálních cílech a na základě těchto úvah jednat. Každého jedince by měl zapojovat do rozhodování o sobě, zdravotním stavu i sociálních možnostech. Autonomie je schopna ovlivňovat způsob každodenního života podle určitých pravidel a představ. Člověk získává pocit zachování nezávislosti, který je projevem důstojnosti. Základem autonomie je také svoboda a schopnost jednání, schopnost zaměřené činnosti. Autonomie je také velmi úzce propojena s principem prospěšnosti. Aby zdravotně sociální pracovníci mohli vykonávat tuto autonomii, potřebují svobodu jednat, ale zároveň musí být připraveni převzít zodpovědnost za své jednání. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 55-56)

Mlčenlivost

Mlčenlivost je jedním z pilířů důvěry. Pro klienta není vůbec jednoduché se svěřit někomu cizímu se svými problémy, proto předpokládá, že všechno, co sdělí zdravotně sociálnímu pracovníkovi zůstane v tajnosti. Zdravotně sociální pracovník tím přebírá zodpovědnost za to, že nebude sdělené informace šířit dál. Může se stát, že na některé sdělené informace se bude vztahovat dle zákona oznamovací nebo informační povinnost (trestný čin, týrání dětí, žen, seniorů). Pokud by tyto skutečnosti zdravotně sociální pracovník neoznámil, dělá to

z něj spolupachatele. Pokud by se na některé sdělené informace měla vztahovat oznamovací povinnost, měl by zdravotně sociální pracovník informovat klienta, který by si měl být vědom možných následků. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 57-58)

Solidarita

Jedná se o důležitý princip, který řídí společenský život. Solidarita znamená dobrovolnou společenskou soudržnost, ochotu ke vzájemné pomoci a podpoře. Všichni lidé by měli mít aktivní účast na tvorbě společenského života. O solidárním člověku můžeme mluvit v případě, pokud jiného člověka nebo skupinu podporuje a její úspěchy i neúspěchy bere jako vlastní. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 59)

3.5 Etický kodex společnosti sociálních pracovníků

Mezi etické zásady patří založení sociální práce na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto především dbají na dodržování lidských práv, tak jak je to stanoveno např. ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte, Ústavě, Listině základních práv a svobod.

Sociální pracovník by měl respektovat každého člověka, bez ohledu na jeho etniku, původ, rasu nebo barvu pleti, pohlaví, sexuální orientaci, rodinný stav, náboženské vyznání, právo každého jedince na seberealizaci, ovšem v takové míře, aby to neomezovalo jiné osoby.

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružením občanů, pomocí svých znalostí a dovedností, řešit různé konflikty a podporuje jejich seberozvoj.

Sociální pracovník poskytuje služby na co nejvyšší možné úrovni a snaží se být co nejvíce profesionálně odpovědný. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 154-155)

3.6 Formy poskytování sociálních služeb při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou

Sociální službou se rozumí soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociální začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. (§ 3 zákona č. 108/2006 Sb, Zákon o sociálních službách – Vymezení pojmů)

Sociální služby jsou tedy poskytovány lidem společensky znevýhodněným a cílem je zlepšit kvalitu jejich života, co nejvíce začlenit do společnosti nebo je chránit před možnými riziky. Sociální služby zohledňují osobu uživatele, jeho rodinu nebo skupiny, do kterých jedinec patří. Sociální služby jsou v užším pojetí součástí státního systému sociálního zabezpečení. Legislativa je zařazuje to skupiny sociální pomoci, která zahrnuje ještě finanční a hmotné dávky, které jsou poskytovány lidem, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Sociální služby poskytují klientům ochranu tím, že pro něj něco dělají. Poskytují je veřejnoprávní nebo soukromé instituce. (Matoušek, kol. 2007, s. 9-11)

Pečovatelská služba

Jedná o službu určenou seniorům a těžce zdravotně postiženým osobám, kteří o sobě již nejsou schopni pečovat nebo z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebují ošetření jinou osobou. Tento typ služby může být poskytován v domácnosti občanů, v domech s pečovatelskou službou nebo v zařízeních sociální péče. Mezi zařízení pečovatelské péče můžeme řadit zařízení pro denní pobyt, střediska osobní hygieny nebo prádelny. Mezi úkony pečovatelské služby řadíme pomoc při koupeli, běžné úkony osobní hygieny, jednoduché ošetrovatelské úkony, donášky nebo dovozy jídla, nákupy potravin, doprovody na vyšetření, praní prádla, průvodcovská služba... (Králová a Rážová, 2006, s. 122-124)

Respitní péče

Jedná se o odlehčovací službu určenou pro osoby pečující o své blízké, z důvodu věku, dlouhodobé nemoci nebo zdravotního postižení. Služba nabízí dočasné převzetí pečovatelských povinností a tím pomáhá rodině, odpočinout si od každodenní zátěže při péči o nemocného. Služba je poskytována dočasně, vždy jen na krátkou dobu. Respitní péče nabízí pomoc při úkolech spojených s hygienou, poskytováním stravy, podávání léků, uplatňováním práv nebo vyřizováním osobních záležitostí. Většina organizací, které nabízí respitní péči jsou specializované dle druhu onemocnění nebo postižení. (Šamánková a kol. 2006, s. 88)

Osobní asistence

Principem osobní asistence je co nejvíce podporovat klientův nezávislý život a tím mu zvyšovat sebedůvěru.

Osobní asistent zaopatřuje klienta tím způsobem, jaký si klient sám určí. Osobní asistent pomáhá plnit běžné denní činnosti jako je pomoc při osobní hygieně, stravování, podávání léků, pomáhá zajistit chod celé domácnosti, pomáhá vyřizovat korespondenci nebo pomáhá

klientovi navštěvovat různé kulturní akce. Služby osobní asistence všechny tyto činnosti nemají vykonávat za klienta, ale mají mu s nimi pouze pomáhat.

Služba může být terénní, kdy probíhá v domácnosti nebo ambulantní, kdy je poskytována zařízením nebo mimo domov, kam musí klient dojíždět nebo docházet. (Šamánková a kol., 2006, s. 88-90)

Denní stacionáře

Vznik denních stacionářů navazuje na vznik terapeutických komunit a práci s velkými skupinami pacientů. Denní stacionáře jsou určeny také i pro psychiatrické pacienty. Mohou sloužit jako alternativa nebo pokračování hospitalizace, alternativa nebo rozšíření ambulantní léčby nebo dlouhodobá rehabilitace a znovuzapojení dlouhodobě duševně nemocných. Základním prvkem je psychoterapeutický program, často kombinovaný s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou nebo rehabilitací.

Denní stacionáře mohou být zřízeny jako samostatná zdravotnická zařízení. V tomto případě jsou kombinovány s krizovými službami, ambulantní péčí nebo další rehabilitací. (Probstová a Pěč, 2014, s. 191-192)

II. TEORETICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se zaměřujeme na praktickou část bakalářské práce, která čerpá z odborných poznatků vycházejících z teoretické části. Praktická část byla realizována metodou kvalitativního výzkumu, pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů. Cílem bylo zjistit a porovnat roli zdravotně sociálního a sociálního pracovníka při práci s lidmi a Alzheimerovou chorobou, a to v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži a v Alzheimercentru ve Zlíně. Autorkou práce připravený rozhovor je rozdělen do třech následujících kategorií: pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení, postavení v multidisciplinárním týmu a pohled na tuto pomáhající profesi pomocí jeho subjektivního pohledu.

4.1 Metoda výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen kvalitativní výzkum, jak bylo zmíněno výše. Jedná se o proces, ve kterém se snažíme najít porozumění na základě výzkumu různých metodologií zkoumáním sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří celostní obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o pohled účastníků výzkumu na daný problém a provádí zkoumání v jejich přirozeném prostředí. Výzkumník se snaží vyhledávat a analyzovat informace, které se snaží vysvětlit jednotlivé výzkumné otázky, a to pomocí deduktivních a induktivních závěrů. (Hendl, 2005, s. 50)

4.2 Technika sběru dat

Pro získání potřebných dat jsme zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumník v rozhovoru pokládá respondentovi otázky a po získání jeho odpovědi shromažďuje data o dané problematice. Průběh rozhovoru může určovat předem připravený dotazník. Cílem rozhovoru je jednotná úprava toho, co se řekne jednotlivým respondentům. Odpovědi mezi respondenty jsou díky tomu lehce srovnatelné. (Olecká a Ivanová, 2010, s. 37)

4.3 Cíl výzkumu a stanovení výzkumných otázek

Cílem práce bylo přiblížit roli zdravotně sociálního pracovníka při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou ve zdravotnickém a sociálním zařízení. Celkem jsme se zaměřili na tři dílčí cíle, které nám pomohly se v problematice více orientovat. První dílčí cíl se zaměřuje na činnosti, které vykonávají zdravotně sociální pracovníci v jednotlivých zařízeních a jejich kompetence; druhý dílčí cíl je zaměřen na pozici zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Poslední dílčí cíl se zaměřuje na to, jak zdravotně sociální pracovník vnímá roli v daném zařízení ze svého subjektivního pohledu.

4.4 Metoda analýzy dat

Pro výzkum byla využita metoda interpretativní fenomenologické analýzy (dále IPA). Metoda byla pro výzkum nejlepší volbou, jelikož se zaměřuje na zkušenosti a každodenní znalosti člověka. Participant má za snahu porozumět svému pohledu a tazatel má za snahu porozumět tomu, jak respondent ke svému pohledu přišel. (Hendl, 2010, s. 76)

4.5 Výzkumný vzorek

Celkem byli vybráni tři participanti, kteří odpovídali předem stanoveným kritériím. Oslovili jsme celkem tři zdravotně sociální pracovníce, které pracují s cílovou skupinou osobami s Alzheimerovou chorobou. Byla oslovena zdravotně sociální pracovníce z Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a dvě sociální pracovníce z Alzheimercentra ve Zlíně. Délka praxe sociálních pracovníc pro nás nebyla rozhodující, zajímaly nás jejich získané zkušenosti. Všechny sociální pracovníce byly empatické a ochotně nám poskytly souhlas s uskutečněním rozhovorů a nahráváním rozhovorů na mobilní telefon za účelem zpracování výzkumu do bakalářské práce. Sociální pracovníce byly obeznámeny s tím, že při zpracování rozhovorů bude postupováno tak, aby byla zachována jejich anonymita.

Rozhovory byly uskutečněny na pracovišti jednotlivých pracovníc, byly vedeny v průběhu praxe autorky práce. Rozhovory byly vedeny v pracovně sociálních pracovníc z důvodu eliminace všech rušivých elementů.

4.6 Vyhodnocení a interpretace výsledků

V rámci analýzy dat jsme se snažili popsat hlavní a dílčí cíle výzkumu, které byly popsány v cíli výzkumu. Všem třem participantům byly položeny stejné otázky, které byly následně vyhodnoceny. Vzhledem k rozsáhlosti rozhovoru musely být některé méně důležité otázky vyřazeny. Dvě z pracovnic odpovídaly rozsáhle, jedna byla celkem stručná. Jako první při zpracování dat je důležitá transkripce neboli doslovný přepis nahrávek s následným čtením. Postup u všech třech participantek byl stejný.

Tato kapitola se dále zabývá vyhodnocením a interpretací výsledků, které jsme získali v průběhu výzkumného šetření. Byly stanoveny následující kategorie: **Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka; Pozice zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu; Vnímání své role ze subjektivního pohledu pracovníka.**

4.7 Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení

Téma vzniklo z důvodu zjištění pracovní náplně zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém a sociálním zařízení. Vždy se jedná o zdravotně sociálního pracovníka, který pracuje s lidmi s Alzheimerovou chorobou.

Popis běžného pracovního dne

Všechny tři participantky se shodly na tom, že ráno se pravidelně setkávají s ostatním personálem, se kterým řeší, co je potřeba. Dále se harmonogram dne rozchází ve zdravotnickém a sociálním zařízení. V sociálním zařízení po setkání se zaměstnanci následuje spíše ta administrativní část práce, ale ve zdravotnickém zařízení následuje vizita a komunikace s pacienty.

Participantka 1 z Alzheimercentra svůj den popisuje následovně: „*Ráno v podstatě začínáme na společných schůzkách se všemi zaměstnanci, poté pokračuji v kanceláři s tím, co je potřeba, převážně vyřídit e-maily a další požadavky od rodin nebo kolegů, po určité hodině, až se klienti vzbudí, pak začínají i telefonické kontakty od rodin a dalších příbuzných. Mezi administrativou se snažím také vyřizovat další věci, vzkazy od rodin, předávat dopisy a pohledy, evidovat přinesené nebo odnesené věci atd. a tudíž když to jde, vyrazím i mezi klienty, abych s nimi neztratila kontakt.*“ Podobně reagovala i participantka 2, také z Alzheimercentra, která uvádí: „*Můj den začíná předáním služby při ranních společných schůzkách se všemi zaměstnanci, kteří se každodenně starají o naše klienty. Poté jsem v*

kanceláři, kde buď telefonuji s rodinami, odpovídám na emaily atd. Případně si chystám papíry na příjem klienta. Když dojde pošta, tak pak ji roznášíme klientům, povídám si s nimi, případně jim dopomůžu při nějaké činnosti. Během dne vyřizujeme telefony, emaily a nové žádosti.“ Pracovní den participantky 3 z psychiatrické nemocnice se liší a má následující průběh: „Jako první si každé ráno zkontroluji nové příjmy, překlady pacientů na jiná oddělení, propuštění pacientů a u nových příjmů si zmapuji jejich sociální situaci, což provádím dle příjmového vyšetření od ošetřujícího lékaře přes počítač. No, dále si přichystám potřebné tiskopisy jako je nejčastěji souhlas s přeposíláním financí do psychiatrické nemocnice a další podklady jako je jmenný seznam všech pacientů na oddělení, kde mám ten den vizitu s primářem oddělení. Během dopoledne ještě musím stihnout obejít oddělení, zda po mně někdo něco nepotřebuje, řeším nové příjmy, komunikuji se staniční sestrou, lékařem a dalším personálem a průběžně je informuji o případném sociálním šetření. Kolem 9. přichází vizita s primářem oddělení. Po vizitě následuje oběd, který bývá občas velmi hektický a následuje administrativní část mé práce. No, sem patří vyřizování telefonátů, komunikace s rodinou a úřady, osobní návštěvy příbuzných, sociální šetření, občas doprovázím naše pacienty do města na úřady, do bank, bytů, bankomatů nebo na nákupy. Pokud mi po tomhle všem zůstane ještě nějaký čas, tak dořešuji věci, které jsem nestihla dopoledne a účastním se ještě porad v rámci nemocnice.“

Časové možnosti na řešení jednotlivých případů

Všechny participantky se shodují na tom, že času je málo a další pracovník, který by jim byl k dispozici v rámci poskytování sociální práce byl nápomocný. Zdravotně sociální pracovnice v psychiatrické nemocnici je navíc limitována délkou hospitalizace pacienta. Participantka 1 své časové možnosti popisuje následovně: „Co se týče času, z mého pohledu bych určitě potřebovala více prostoru, abych všechno mohla řešit podrobněji, více v klidu a klientům nebo rodině se více věnovat. Vzhledem k počtu klientů a sociálních pracovníků to ale bohužel rozhodně není možné.“ Participantka 2 souhlasí s participantkou 1 následujícím způsobem: „Času mám málo a práce pořád narůstá. Myslím si, že je tady práce spíš pro tři sociální pracovnice, nejen pro dvě.“ Odpověď participantky 3 z psychiatrické nemocnice navíc přidává limit z důvodu různorodé časové hospitalizace pacientů.

Požadavky od rodin a klientů

Všechny tři participantky se shodují na tom, že se na ně rodiny obracejí kvůli vyřízení opatrovnictví nebo různých sociálních dávek před úřad práce. Jelikož jde o specifickou cílovou skupinu, klienti si většinou přejí zařídit donášku nového oblečení, jídla nebo kontakt

s rodinou. Participantka 1 z Alzheimercentra popisuje požadavky od rodin tímto způsobem: *„Požadavky od klientů se týkají hlavně oblečení, různých předmětů nebo vybavení do pokoje, případně pokud chtějí nějaké drobné pochutiny. Požadavky od rodin jsou velmi různé, většinou se jedná o vyřizování pozdravů, předávání věcí, získávání podrobnějších informací, pak taky s rodinami řešíme vyřizování příspěvků na péči, opatrovnictví nebo omezení svéprávnosti, vyřizování zvláštního příjemce důchodu atd. Často chtějí poradit ohledně jednání s úřady, poskytujeme základní sociální poradenství.“* Participantka 2 uvádí téměř totožné požadavky s participantkou 1. *„Klient se na mě obrací většinou, že bych chtěl donést nějaké oblečení, jídlo či nápoje od rodiny. Rodina se obrací, když potřebují poradit ohledně opatrovnictví, potřebují vyhotovit potvrzení pro úřady.“* Požadavky na participantku 3 z psychiatrické nemocnice se o moc neliší: *„Jelikož má většina demenčních pacientů svého opatrovníka, řeším více méně všechny záležitosti s rodinou, která po mě chce vše, co se financí týče. Jako je třeba přeposlání důchodů, placení nájmu atd. Dále s rodinou velmi často řeším umístění pacienta do pobytových sociálních služeb nebo jiné sociální služby. Prostě vše, co se bude dít, až pacienta propustíme. pak pomáháme rodině s vyřízením omezení klienta ve svéprávnosti, s ustanovením opatrovníka nebo také s vyřizováním příspěvků z Úřadu práce. Nejčastěji se tedy jedná o příspěvek na péči.“*

Další vykonávané činnosti v daném zařízení

Všechny tři participantky se shodují na tom, že velkou část jejich práce tvoří komunikace s rodinou. Zdravotně sociální pracovnice v psychiatrické nemocnici se ještě navíc účastní různých projektů. Participantka 1 z Alzheimercentra popisuje následující činnosti: *„Kontrolujeme dodržování práv klientů a provádíme zápisy o těchto kontrolách, zajišťujeme příjem, přemístování nebo propouštění klienta, provedení detailní vstupní osobní anamnézy klienta, sestavení individuálního plánu, komunikujeme s rodinami klientů, poskytujeme základní sociální poradenství, evidujeme příjmy nových klientů a odchody nebo úmrtí klientů, hlásíme hospitalizace klientů na úřadu práce kvůli příspěvku na péči a účastníme se sociálních šetření u našich klientů ohledně příspěvku na péči.“* Odpovědi participantky 1 a 2 jsou totožné a participantka 2 zmiňuje stejné další činnosti vykonávané v zařízení. Participantka 3 ještě dodává informace o projektu, kterého se účastní: *„Jsem metodikem stáží v České republice, v rámci projektu Multidisciplinární spolupráce pod reformou psychiatrické péče, takže se v nemocnici věnuji i této oblasti.“*

4.8 Postavení v multidisciplinárním týmu

V dalším dílčím cíli jsme se zaměřili na postavení participantek v multidisciplinárním týmu. Zajímala nás především spolupráce s ostatními členy, jejich postavení v rámci týmu nebo také to, zda se účastní vizit společně se zdravotnickým personálem.

Požadavky zdravotnického personálu

Požadavky zdravotnického personálu na naše participantky se výrazně liší v sociálním a zdravotnickém zařízení. Zdravotně sociální pracovnice, které pracují v sociálním zařízení uvádějí, že nejsou se zdravotnickým personálem v kontaktu. Pokud je nutná komunikace, je realizována pouze s vrchní nebo staniční sestrou. Požadavky od zdravotnického personálu ve zdravotnickém zařízení jsou rozmanitější, jelikož komunikují se všemi členy multidisciplinárního týmu; ve většině případů se ale jedná o pomoc při komunikaci s rodinou. Participantka 1 popisuje požadavky následujícím způsobem: *„Se zdravotníky já osobně moc v kontaktu nejsem. Sestry mi obvykle předávají informace nebo požadavky od rodin, které máme na starosti my.“* Participantka 2 ještě doplňuje následující požadavky: *„Sestry nás převážně email kontaktují o hospitalizaci klientů, návratu z nemocnice či úmrtí klienta. Tyto informace pak musíme předávat dál.“* Participantka 3 uvádí následující požadavky: *„Jako příklad bych uvedla předávání informací ohledně třeba příspěvku na péči nebo řešení dalších služeb pro rodinné příslušníky. Dále velmi často vyřizují důchody a zařizují následnou péči v rámci umístění pacienta do pobytových sociálních služeb. Nejčastěji se jedná v rámci této cílové skupiny o umístění do domovů se zvláštním režimem, hospiců nebo občas i domovů pro seniory.“*

Spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu

Všechny 3 participantky se shodují, že komunikují s ostatními členy multidisciplinárního týmu na ranních předávkách nebo vizitách. Obě participantky ze sociálního zařízení popisují spolupráci následovně: *„O důležitých věcech se vzájemně informujeme na ranních předávkách nebo pracovních poradách, případně e-mailem. Důležité věci společně konzultujeme.“* Participantka 3 uvádí spolupráci tímto způsobem: *„S ostatními členy se setkáváme při vizitách nebo na odděleních. Jak jsem již jednou zmiňovala. Když po mě něco potřebují vyřídit nebo zjistit, udělám to a pak jim dám vědět výsledek.“*

Účast na vizitách spolu s ostatními členy multidisciplinárního týmu

Zde se odpovědi liší v závislosti na tom, jestli se jedná o zdravotnické nebo sociální zařízení. Zdravotně sociální pracovníce v Alzheimercentru shodně uvádějí, že se vizit neúčastní a ke zdravotnickým informacím nemají přístup. Participantka 3 z psychiatrické nemocnice uvádí následující: „*Účastním se pravidelně primářských vizit, popřípadě vizit s lékařem, které jsou pravidelně několikrát do týdne. Co se týče pacientů, tak i s nimi jsem v pravidelné kontaktu. Pokud něco potřebuji řešit s pacientem, individuálně ho navštívím. Velmi často se v nemocnici stává, že mě pacienti zastavují i po cestě na vizitu nebo po skončení vizity.*“

Postavení v multidisciplinárním týmu

Zdravotně sociální pracovníce mají dané následující postavení a myslí si, že je jejich pozice podceňována: „*U většiny zaměstnanců je moje pozice nedoceňovaná a podceňovaná.*

Ve vedení je ředitelka, poté ve zdravotní části vrchní sestra pod ní staniční sestry, pak ostatní sestry. v sociální části – sociální pracovník společně s koordinátorkou přímé péče a pod námi pracovníci v sociální službách čili pečovatelé.“ Participantka 3 má nemá tak striktně vytyčené postavení a uvádí následující: „*Vždy to závisí na primáři daného primariátu, jak tuto pozici vnímá. Přístupy od jednotlivých lékařů jsou různé. S některými se setkávám v rámci multidisciplinárního týmu i mimo vizity. Třeba před vizitou, kde se proberou veškeré nové informace a novinky u kávy a něčeho sladkého a někde se setkáváme až při velké vizitě. Myslím si, že můj názor a postoj lékaři a ostatní pracovníci vnímají a respektují.*“

Pomoc u ostatních členů multidisciplinárního týmu

Všechny tři participantky se shodují v tom, že v případě obtížně řešitelného problému se obrací buď na další sociální pracovníci nebo v případě řešení problému, co se týká zdravotnictví se obracejí na zdravotní sestry nebo lékaře. Participantka 3 uvádí, že se ještě mnohdy radí s kamarády, kteří jsou z oboru. Participantka 1 se obrací: „*Ve zdravotních záležitostech se obracím na vrchní sestru, v ostatních záležitostech na ředitelku centra, která případně řeší danou záležitost dále nebo komunikuje s právníky nebo dalšími osobami.*“ Participantka 2 má obdobnou odpověď jako participantka 1: „*Většinou se obracím na ředitelku, která pak komunikuje třeba s právním oddělením nebo ostatními osobami. V oblasti zdravotní péče komunikuje převážně s vrchní sestrou případně se staničními sestrami.*“ Odpověď participantky 3 a možnosti jakékoli porady je mnohem rozmanitější. „*Nejvíc mi pomáhají moje kolegyně zdravotně sociální pracovníce, které jsou mnohdy zkušenější nebo podobný případ již v minulosti řešili. Dále se obracím na lékaře na*

odděleních, protože jsou ve většině případů v důchodovém nebo předdůchodovém věku a mají zkušenosti. Občas hledám tedy i na internet, ale hledám pouze na ověřených zdrojích. Občas se také radím s kamarády, kteří jsou vystudovaní a pracují v daném oboru.“

4.9 Subjektivní pohled zdravotně sociálního pracovníka na jeho profesi

V posledním dílčím cíli jsme se zaměřili na subjektivní pohled jednotlivých zdravotně sociálních pracovníků na jejich profesi. Zaměřili jsme se na to, zda se cítí spíše jako sociální nebo zdravotně sociální pracovníce, jak jsou spokojeny se svou pracovní náplní nebo co jim práce přináší.

Nejnáročnější část jejich práce

Všechny tři participantky se shodují na tom, že nejnáročnější část jejich práce tvoří komunikace s rodinami. Participantky 1 a 2 ještě dodávají, že je pro ně velmi náročná komunikace s pozůstalou rodinou. Participantka 1 uvádí následující: *„Je to určitě komunikace s rodinami, hlavně se zájemci. Je to hodně náročné po psychické stránce, když některé rodiny brečí ať už do telefonu nebo na osobní schůzce a musí se vypořádat s tím, že by měli svého blízkého umístit k nám.“* Participantka 2 ji ještě doplňuje o následující: *„Určitě komunikace s rodinami v případě úmrtí klienta. Je to nepříjemná situace, jak pro rodinu, tak i pro nás.“* Participantce 3 přijde naopak ještě náročná komunikace s dementním pacientem. *„Ono víte, je mnohdy velmi těžké rodině vysvětlit, že je také potřeba řešit následnou péči a že příbuzný u nás nemůže zůstat napořád, protože jsme psychiatrická nemocnice, a ne ubytovna nebo sociální služba. Ono to máte těžko totiž. Spousta příbuzných, a především u těch dementních příbuzných, si představuje, že si tu jejich člena rodiny už necháme a oni se tudíž o něj už dále nemusí starat. Extrémně náročná je pro mě také komunikace s dementním pacientem, ale to asi znáte sama, pokud není omezen ve svéprávnosti nebo mu není ustanoven opatrovník a o všem by si měl rozhodovat sám.“*

Spokojenost s pracovní náplní a co by bylo potřeba změnit

Všechny 3 participantky uvedly, že jsou se svou prací spokojené. Participantka 1 a 2 ještě navíc uvedly, že je zde spousta činností, které by nemusely vykonávat ony, protože k tomu není potřeba odborné vzdělání, ale jiný pracovník. Jejich odpovědi se téměř shodují a společně tedy uvádějí následující: *„Řekla bych, že pracovní náplň je velmi různorodá, a ačkoliv se to nezdá, vyžaduje velkou míru zodpovědnosti, trpělivosti a pořádku, což je někdy*

hodně náročné zvládat. Neměnila bych asi nic závažného, jen se domnívám, že některé činnosti by mohl dělat i někdo jiný než přímo sociální pracovník, protože není k tomu potřeba vzdělání a nám zbytečně zabírají čas.“ Participantka 3 ještě zmiňuje zlepšení v rámci komunikace mezi kolegy a popisuje to následujícím způsobem: *„Tak občas i mezi námi vážne komunikace. Proto bych ráda zlepšila komunikaci mezi kolegyněmi, předávání informací, metodické postupy.“*

Sociální versus zdravotně sociální pracovník

Všechny participantky jsou vystudované zdravotně sociální pracovnice. Byla jim položena otázka, zda se cítí v daném zařízení spíše jako sociální nebo zdravotně sociální pracovnice, s ohledem i na jejich vykonávané činnosti. Participantka 1 se cítí spíše jako sociální pracovník. Participantka 2 odpověděla: *„Určitě sociální pracovník, zdravotní stránku mají na starosti sestry s doktory.“* Odpověď participantky 3 byla následující: *„No, jednoznačně za zdravotně sociálního pracovníka. Snažím se i tak prezentovat. Sice jsem nikdy nepracovala jako sociální pracovník, třeba v sociálních službách, ale již mám nějaké zkušenosti z praxe, takže se domnívám, že to umím rozlišit. Také tomu přidává to, že pracuji v nemocnici. Kde jinde by měli být zdravotně sociální pracovníci než tady.“*

Přínos práce

Participantky byly dotazovány, co jim práce zdravotně sociálního pracovníka přináší a všechny se shodly na tom, že je práce naplňuje a oceňují usměvavé lidi, kterým pomáhají a usnadňují jim život. Participantka 1 zmiňuje, že jí práce přináší *„hlavně spoustu starostí, ale taky velké množství zkušeností a komunikačních dovedností. Mimo to ale také spoustu radosti, když vidím šťastné konce a úsměvy spokojených klientů.“* Participantka 2 odpovídá, že *„samozřejmě také přináší spoustu starostí a zodpovědnosti. Každý den získávám nové zkušenosti převážně po komunikační stránce.“* Participantka 3 odpovídá následovně: *„V první řadě jsou to ale nové informace a obzory, protože praxe vypadá zcela jinak než teorie, která se učí ve škole, zvláště pokud je vyučující více teoretik než praktik. Hlavně, proč také mi to přináší radost, že se mi něco povedlo, že jsem pacienta posunula dál, do další etapy jeho života, že nebude žít v PN, že si ten život může užít. Jsem opravdu ráda, když se mi něco podaří, co třeba trvalo, nebyl u toho zvolen standardní způsob řešení, bylo to náročné a když pak někdo přijde a poděkuje, nebo mi předá drobný dárek (i pacienti i ostatní personál), také se ráda dozvídám příběhy lidí, co zažili a prožili a pak jsem i spokojená, pokud se dozvídám zpětně, jak se situace pacienta vyvíjí po propuštění a mám tu zpětnou vazbu.“*

Význam povolání v daném zařízení

Všechny tři participantky se shodují, že je jejich pozice v daném zařízení důležitá a nezastupitelná, na druhou stranu je ale velmi nedocenená. Participantka 1 a 2 se shodují na nezastupitelnosti a nedocenenosti jejich pozice. Participantka 3 odpovídá takto: *„Myslím si, že významné, ale ještě to nějaký čas bude trvat než se zcela přijme jako podstatné povolání. Je nás 10 sociálních pracovníků a asi 810 lůžek pro pacienty. Hlavně vnímám špatné světlo vůči vedení a naší pozici. Domnívají se, že jsme administrativní pracovníce, a tudíž veškeré tyto úkony padají na naše bedra, nevidí, že máme svoje pacienty, které musíme řešit. Myslí si, že pouze čekáme na další papíry a pokyny od vedení. Na druhou stranu jsme v vedení jako střední zdravotnický personál, ale takto nás sestry na oddělení nevnímají, takže se cítím něco jako mezi těmito dvěma světy.“*

5 DISKUZE

V poslední kapitole bakalářské práce jsou zahrnuty výsledky kvalitativního výzkumu. Hlavním cílem je zodpovědět, zda byl cíl společně s jednotlivými dílčími cíli splněn a díky kterým jsme pochopili problematiku sociální práce o osoby s Alzheimerovou chorobou.

Hlavním dílčím cílem bylo zjistit, jakou roli má zdravotně sociální pracovník při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou ve zdravotnickém a sociálním zařízení. Na základě našeho výzkumu, využitím techniky rozhovorů, nám participanty odpověděli na dílčí cíle, kterými byla detailněji popsána řešená problematika. Za zmínku stojí, že výše získané informace nelze vztahovat na všechny zdravotně sociální zařízení a stejné typy sociálních služeb, ve kterých výzkum probíhal. Získané výsledky jsou pouhým nástínem poskytované práce zdravotně sociálních pracovníků s konkrétní cílovou skupinou ve zdravotním a sociálním zařízení.

První dílčí cíl je zaměřen na pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení. Všechny tři participantky se při popisu běžného pracovního dne shodují na administrativní části práce. Participantka z psychiatrické nemocnice do svého dne ještě přidává účast na ranních vizitách. Mimo to jsme také zjišťovali, zda mají zdravotně sociální pracovníce dostatečné časové možnosti na řešení jednotlivých případů. Ze zjištění nám vyplývá, že bohužel nemají a nejlépe by potřebovaly dalšího pracovníka, který by jim mohl pomoci z některými úkoly. Zajímaly jsme se také o požadavky, se kterými za nimi dochází rodina a klient a další činnosti, které v zařízení vykonávají. Všechny participantky se shodly na tom, že požadavky od rodin jsou velmi podobné, ve většině případů se jedná o vyřízení příspěvku na péči, opatrovnictví, omezení klienta na svéprávnosti. Komunikace s rodinami není pro ně mnohdy jednoduchá a bývá pro ně velmi psychicky náročná i komunikace se samotnými klienty. Jelikož se jedná o specifickou cílovou skupinu, nemocní mnohdy nic vyřídit ani zařídit nepotřebují, chtějí si pouze popovídat. V dalších vykonávaných činnostech se jejich názory rozcházejí, jelikož participantky z Alzheimercentra se účastnily např. sociálních šetření, za to participantka z psychiatrické nemocnice byla součástí projektů. Cílem bylo zjistit a porovnat pracovní náplň jednotlivých pracovníků ve zdravotnickém a sociálním zařízení, kde jsme výzkum vedli. Závěrem je, že náplň práce se ve zdravotnickém zařízení liší, jelikož zdravotně sociální pracovníci mají na rozdíl od pracovníků v Alzheimercentru přístup do zdravotnické dokumentace pacientů, a tudíž se mohou účastnit vizit. Jinak se jejich pracovní náplň a požadavky, se kterými si na ně obrazejí rodiny s klienty, tolik neliší.

Druhý dílčí cíl nám pomohl pochopit postavení zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Participantky nám popisovaly, s jakými požadavky se na ně obrací zdravotnický personál, jak funguje spolupráce mezi nimi a ostatními členy multidisciplinárního týmu, zda se účastní vizit spolu s ostatními členy a také jejich postavení v multidisciplinárním týmu. Tady se zkušenosti jednotlivých participantek rozcházejí. Participantky z Alzheimer centra uvedly, že komunikují pouze se všeobecnými sestrami, a to ještě velmi výjimečně. Vizit se účastnit nemohou, jelikož nemají přístup do zdravotnické dokumentace klientů. Participantka z psychiatrické nemocnice naopak uvedla, že denně komunikuje téměř se všemi členy multidisciplinárního týmu, ať už při vizitě nebo před ní. Cílem bylo zjistit, jejich postavení v multidisciplinárním týmu a do jaké míry s ostatními členy spolupracují. Z výzkumu vedeném v Alzheimer centru bohužel vyplývá, že zdravotně sociální pracovníce jsou zde docela opomíjeny a nejsou vůbec zapojovány do zdravotnické stránky jednotlivých klientů, i přes to, že mají k tomu patřičné vzdělání. Naopak z výzkumu v psychiatrické nemocnici vyplývá, že zdravotně sociální pracovníce jsou zde v plné míře do všeho zapojovány, mají zde již své místo a mohou se kdykoli na jakéhokoli člena multidisciplinárního týmu obrátit.

Poslední dílčí cíl byl věnován subjektivnímu pohledu zdravotně sociálního pracovníka na svou profesi. Participantky byly dotazovány, jaká je nejnáročnější část jejich práce, jak jsou spokojeny se svou pracovní náplní a co by rády zlepšily, zda se považují spíše za sociální nebo zdravotně sociální pracovníce, co jim práce přináší a jaký význam mají v daném zařízení. Všechny tři participantky shodně vypověděly, že nejtěžší částí jejich práce je komunikace s rodinou. Mnohdy si totiž rodina představuje, zvláště v psychiatrické nemocnici, že tam jejich rodinný příslušník zůstane už a oni se o nic již nemusejí starat. Tak to ale bohužel nefunguje. I když je umístění především do Alzheimer centra dlouhodobé, neznamená to, že tím spolupráce rodiny s pracovníky končí. Vždy je potřeba něco zařídit nebo alespoň seniora potěšit svou přítomností. Dále dotazované odpovídaly na otázku, zda se cítí spíše jako zdravotně sociální nebo sociální pracovníci, i přes to, že mají všechny vzdělání v oboru zdravotně sociální péče. Obě participantky z Alzheimercentra odpověděly, že se cítí jako sociální pracovníce a že ani nemají přístup do zdravotnické dokumentace klientů. Participantka z psychiatrické nemocnici uvedla že se jednoznačně cítí jako zdravotně sociální pracovníce. V poslední otázce týkající se významu jejich povolání v daném zařízení se jejich názory také rozcházejí. Ze strany participantek z Alzheimercentra cítím a dozvídám se, že i když je jejich pozice velmi významná, je také bohužel velmi

nedocenená. Participantka z psychiatrické nemocnice uvádí, že i ní je to půl na půl. Ze strany vedení vnímá špatný postoj, ba naopak ale od ostatních členů multidisciplinárního týmu se cítí vážená a docenená.

V bakalářské práci jsme se snažili získat obecný pohled na zdravotně sociálního pracovníka v daném zdravotním a sociálním zařízení. Při výzkumu nám bylo umožněno nahlédnout do profesního, ale i osobního života pracovníků. Uvědomili jsme si, jakou nezastupitelnou roli v zařízení mají, jak pozitivně ovlivňují život klientů a jak se podílejí na uspokojování jejich základních potřeb.

Při psaní bakalářské práce jsme vyházeli pouze z odborné literatury, kterou napsali autoři zabývající se zdravotně sociální péčí. Práce byla ovlivněna velmi malou dostupností literatury, která se věnuje této problematice, což má vliv i na malou informovanost veřejnosti a ostatního personálu v daných zařízeních.

6 ZÁVĚR

Bakalářka práce byla věnována problematice roli zdravotně sociálního pracovníka při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou. Cílem práce bylo porozumět roli zdravotně sociálního pracovníka s řešenou cílovou skupinou a následně tyto role porovnat v rámci zdravotnického a sociálního zařízení. Teoretická část se zabývala demencí. Byly vysvětleny pojmy v oblasti řešené problematiky, jako např. psychiatrická nemocnice, domov se zvláštním režimem, domov s pečovatelskou službou. Vysvětlen je i rozdíl mezi sociálním a zdravotně sociálním pracovníkem, etický kodex, kterým by se měl zdravotně sociální pracovník řídit atd.

Praktická část byla vedena pomocí kvalitativního rozhovoru, formou polostrukturovaných rozhovorů. Jednou z nejtěžších částí praktické části byl výběr participantů. Na naše oslovení pro participaci na výzkumu většina z nich neodpověděla nebo neměla zájem se výzkumu účastnit. Nakonec se nám podařilo získat dvě zdravotně sociální pracovně z Alzheimercentra ve Zlíně a jednu zdravotně sociální pracovníci z Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Odpovědi vybraných participantek ovlivňovalo prostředí, ve kterém poskytují zdravotně sociální péče a jejich citové rozpoložení v průběhu rozhovoru. Cílem bylo vysvětlit a porovnat roli zdravotně sociálního a sociálního pracovníka, jelikož velká část veřejnosti nebo personálu nemá o této pomáhající profesi a její pozici žádné podvědomí nebo představu.

Bylo zjištěno, že role zdravotně sociálního pracovníka v sociálním a zdravotnickém zařízení jsou odlišné, jelikož zdravotně sociální pracovník v sociálním zařízení nemá i přes dostatečné vzdělání přístup ke zdravotnickým dokumentům jednotlivých klientů. Z výzkumu vyplynulo, že zdravotně sociální pracovnice z Alzheimercentra nejsou příliš zapojovány do fungování multidisciplinárního týmu v rámci zařízení. Zdravotně sociální pracovnice ze sociálního zařízení mají pocit, že jejich pozice není dostatečně oceněna a je podceňována.

Stanovené cíle bakalářské práce byly naplněny.

Výsledky bakalářské práce mohou posloužit k šíření informací o téhle problematice, zdravotně sociálním pracovníkům, lékařským i nelékařským profesím, studentům humanistických oborů a široké veřejnosti. Práce může být také užitečná pro klienty jednotlivých rozdělení, pro rodiny klientů a také pro ostatní uživatele služeb.

6.1 Doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplynulo, že rozdíl v roli zdravotně sociální pracovníka při práci s lidmi s Alzheimerovou chorobou, je i přes totožné vzdělání, velmi odlišný. Práce se v určitých vykonávaných činnostech shoduje, ale rozchází se např. v komunikaci s ostatními zdravotnickými pracovníky. U zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení je komunikace se zdravotnickými pracovníky nenahraditelná, v sociálním zařízení není komunikace mezi nimi skoro žádná. Bylo by vhodné umožnit zdravotně sociálním pracovnícím ze sociálního zařízení nahlížet do zdravotnické dokumentace klientů. Tím by se zlepšil i vztah a komunikace s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Pokud by se tento problém podařilo vyřešit, zlepšilo by se postavení zdravotně sociálního pracovníka v rámci sociálního zařízení v multidisciplinárním týmu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BORENSTEIN, Amy R. a James A. MORTIMER. Alzheimer's Disease Life Course Perspectives on Risk Reduction. Tampa: Academic Press, 2016. ISBN 978-0-12-804538-1.

BRNULA, Peter. Sociálna práca: Dejiny, teórie a metódy. 2. Bratislava: IRIS, 2013. ISBN 978-80-89238-77-4.

CALLONE, Patricia R., Connie KUDLACEK, Barbara C. VASILOFF, Janaan MANTERNACH a Roger A. BRUMBACK. Alzheimer's Disease 300 Tips for Making Life Easier. New York: Demos Medical, 2006. ISBN 978-1-932603-16-6.

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (zákon o sociálních službách). In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné také z: 96/2004 Sb. Zákon o sociálních službách (zakonyprolidi.cz)

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: Sbíрка zákonů České republiky. Dostupné také z: 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách (zakonyprolidi.cz)

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDVÁ, Zdeněk KALVACH, Jan HOLČÍK a Pavel KUBŮ. Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: Základní metodologie a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ, Jitka SUCHÁ a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. Praha: Vážka, 2009. ISBN 978-80-86541-28-0.

HOLMEROVÁ, Iva a kol. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a kol. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Demence - neurobiologie, klinický obraz, terapie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-7262-268-4.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva Rážová. Zařízení sociální péče: pro seniory a zdravotně postižené občany. 3. Praha: Anag, 2005. ISBN 80-7263-275-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMAN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LÁTALOVÁ, Klára. Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4454-4.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIÁKOVÁ. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. 3. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. Metodologie vědecko-výzkumné činnosti. Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. Psychiatrie pro sociální pracovníky. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

SUCHÁ, Jitka a Eva JAROLÍMOVÁ. Tréning paměti pro seniory: Prevence Alzheimerovy choroby a dalších závažných onemocnění. Brno: Edika, 2017. ISBN 978-80-266-0570-6.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. Základy ošetrovatelství. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.

ŠEDOVIÁ, Lenka. Vybrané kapitoly z ošetrovatelství: pro obor Zdravotně - sociální péče. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2020. ISBN 978-80-7394-822-1.

VOSTATEK, Jaroslav. Financování a nákladovost sociálních služeb: Pobytové a terénní služby sociální péče. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013. ISBN 978-80-904668-7-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MMSE Mini – Mental State Examination

CT computerová tomografie

Např. například

Tzv. takzvaně

LDN léčebny dlouhodobě nemocných

Aj. a jiné

DVO dílčí výzkumné otázky

IPA interpretativní fenomenologická analýza

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rozhovor – seznam otázek

Příloha P I: Rozhovor – seznam otázek

První okruh, pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení

1. Popište mi prosím svůj běžný pracovní den
2. Jaké jsou Vaše časové možnosti na řešení jednotlivých případů
3. Se kterými požadavky se na Vás obrací rodiny a klienti
4. Jaké jsou další činnosti, které vykonáváte v daném zařízení

Druhý okruh, postavení v multidisciplinárním týmu

1. S jakými požadavky se na Vás obrací zdravotnický personál
2. Jak funguje spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu
3. Jak vnímáte své postavení v multidisciplinárním týmu
4. Když si s něčím nevíte rady, můžete se s žádostí o pomoc obrátit i na jiné členy multidisciplinárního týmu

Třetí okruh, subjektivní pohled zdravotně sociálního pracovníka na svou profesi

1. Jaká část Vaší práce je nejnáročnější
2. Jak jste spokojena se svou pracovní náplní a co byste ráda změnila
3. Považujete se spíše za sociálního nebo zdravotně sociálního pracovníka
4. Co Vám přináší výkon práce v daném zařízení
5. Jak si myslíte, že je významné Vaše pozice v daném zařízení