

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Sociální práce se seniory s diabetes mellitus

Bakalářská práce

Autor: Aneta Petrovická

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Vedoucí práce: doc. MUDr. Vosečková Alena, CSc.

Hradec Králové 2019



Zadání bakalářské práce

Autor: Aneta Petrovická

Studium: U1626

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Sociální práce se seniory s diabetes mellitus**

Název bakalářské práce AJ: Social Work with Seniors with Diabetes Mellitus

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat možnostmi a limitacemi sociálního pracovníka v systému péče o seniory s chronickým onemocněním diabetes mellitus. V teoretické části budou vysvětleny základní pojmy spojené s onemocněním diabetes mellitus, stárnutím a sociální prací s touto cílovou skupinou. Výzkumná část bude provedena kvalitativní výzkumnou metodou formou polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky domova pro seniory. Cílem bakalářské práce bude zjistit úlohu sociálního pracovníka při péči o seniory s chronickou chorobou diabetes mellitus v domově pro seniory.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0. PSOTTOVÁ, Jana a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Praktický průvodce cukrovkou: co byste měli vědět o diabetu. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-279-7.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

.....

Aneta Petrovická

Poděkování

Děkuji své vedoucí práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc., za cenné rady, připomínky a vedení, bez nichž by tato práce nevznikla. Děkuji také sociálním pracovníkům za poskytnuté rozhovory a v neposlední řadě své rodině za veškerou podporu.

Anotace

PETROVICKÁ, Aneta. *Sociální práce se seniory s diabetes mellitus*. Hradec Králové, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Vedoucí práce Doc. MUDr. Vosečková Alena, CSc.

Bakalářská práce se zabývá možnostmi a limitacemi sociálního pracovníka v systému péče o seniory s chronickým onemocněním diabetes mellitus. V teoretické části budou vysvětleny základní pojmy spojené s onemocněním diabetes mellitus, stárnutím a sociální prací s touto cílovou skupinou. Výzkumná část bude provedena kvalitativní výzkumnou metodou formou polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky domova pro seniory. Cílem bakalářské práce bude zjistit úlohu sociálního pracovníka při péči o seniory s chronickou chorobou diabetes mellitus v domově pro seniory.

Klíčová slova

Sociální práce, sociální služby, diabetes mellitus, senior

Annotation

PETROVICKÁ, Aneta. *Social Work with Seniors with Diabetes Mellitus*. Hradec Králové, 2019. Bachelor thesis. University of Hradec Kralove. Thesis supervisor Doc. MUDr. Vosečková Alena, CSc.

The bachelor thesis describes the possibilities and limitations of a Social Worker in the system of care for the elderly with chronic disease Diabetes Mellitus. The theoretical part will explain the basic concepts associated with diabetes mellitus, aging and social work with target group. In the practical part will be realized a qualitative research method in the form of semi-structured interview with social workers of the retirement home.

Key words

Social Work, Social Services, Diabetes Mellitus, Senior

Obsah

Úvod.....	3
Teoretická část.....	5
1 Diabetes Mellitus	5
1.1 Diabetes mellitus I. typu	5
1.2 Diabetes mellitus II. typu	6
1.3 Symptomy, diagnostika, léčba.....	7
1.4 Rizikové faktory, Komplikace, prevence.....	8
1.4.1 Akutní komplikace.....	8
1.4.2 Chronické komplikace	9
2 Stáří	10
2.1 Tělesné změny ve stáří.....	10
2.2 Psychické a sociální změny ve stáří.....	11
3 Senioři s diabetes mellitus	15
3.1 Specifické potřeby seniora s diabetem.....	16
3.1.1 Medikace	16
3.1.2 Dieta.....	17
3.1.3 Pohyb	18
3.1.4 Bezpečí, edukace, první pomoc	18
3.2 Psychosociální potřeby a dopady nemoci ve stáří	20
3.3 Zdravotní a sociální politika.....	22
3.3.1 Zdravotnické příspěvky.....	23
3.3.2 Zdravotní služby	24
3.3.3 Sociální dávky a podpory	26
3.3.4 Sociální služby.....	28
3.4 Sociální práce se seniory s diabetem v domovech pro seniory	31
3.4.1 Individuální plánování a naplňování potřeb	32
Praktická část.....	36
4 Metody výzkumu	36
4.1 Cíle výzkumu	36
4.2 Transformace výzkumných kroků	37
4.3 Metodologie výzkumného šetření	41
4.4 Výběr informantů	41
4.5 Etické otázky a rizika výzkumu	42

4.6	Zahájení výzkumu	43
4.7	Průběh výzkumu	44
5	Interpretace získaných informací	45
5.1	Interpretace prvního dílčího cíle.....	45
5.1.1	Shrnutí dílčího cíle 1	47
5.2	Interpretace druhého dílčího cíle	47
5.2.1	Shrnutí dílčího cíle 2	49
5.3	Interpretace třetího dílčího cíle.....	49
5.3.1	Shrnutí dílčího cíle 3	52
5.4	Interpretace čtvrtého dílčího cíle	53
5.4.1	Shrnutí dílčího cíle 4	54
	Závěr	55
	Seznam použité literatury	58
	Seznam příloh.....	61

Úvod

Diabetes mellitus, neboli úplavice cukrová, krátce také cukrovka, je závažné chronické onemocnění projevující se poruchou metabolismu sacharidů. Počet pacientů s touto nemocí každým rokem stoupá. U seniorů se jedná o třetí nejčastější onemocnění. Se stárnutím populace se dá předpokládat, že bude stoupat i počet seniorů s diabetem mellitus. S vyšším věkem klesá samostatnost každého jedince, osoby s diabetem mellitus mají ale ještě specifické nároky na péči, jako je speciální diabetická dieta, dostatek správné pohybové aktivity, užívání medikamentů, vyvarování se stresu a mnohé další. Seniori velmi často nemohou zůstat sami ve svých domovech, rodina se o ně nemůže nebo nechce starat. Z těchto jedinců se velmi často stávají klienti domovů pro seniory. Kapacita takových zařízení je ale v porovnání k počtu žadatelů malá, čekací lhůta na přidělení místa v domově je mnohdy delší než rok. V zařízení navíc velmi často nepracuje dostatečný počet zaměstnanců, aby mohly být naplňovány zmíněné specifické potřeby klientů. Dle mého názoru je třeba zaměřit pozornost na problematiku péče o seniory s diabetem mellitus, aby byla takovým klientům poskytována potřebná kvalitní péče.

V domovech pro seniory poskytuje profesionální pomoc klientům s diabetem mellitus lékař, pokud domov nějakého má, nebo zdravotní sestry a ošetřovatelky. Do kontaktu s klienty s chronickým onemocněním přitom přichází i jiní pracovníci. S ohledem na specifika choroby je vhodné, aby každý, kdo s klientem komunikuje a plánuje pro něj stravu a aktivity, byl obeznámen s možnými komplikacemi a riziky. Sociální pracovník v domovech pro seniory velmi často nevykonává pouze sociální práci, ale zastává funkci aktivizačního pracovníka, nutričního terapeuta nebo pečovatele. Právě proto by měl mít sociální pracovník ihned po zdravotnickém personálu největší přehled a informace, jak s takovými klienty adekvátně pracovat, co klientům nabídnout a čemu se vyhnout. Bakalářská práce se bude zaměřovat na aktuální úlohu sociálního pracovníka v péči o seniory s diabetem mellitus.

Hlavním cílem bakalářské práce bude *“zjistit formou kvalitativního interview se sociálními pracovníky domova pro seniory specifika sociální práce při práci se seniory s diabetem mellitus.”* Stejný bude zároveň i výzkumný cíl. Dílčím cílem bude *“zjistit jaké činnosti obecně sociální pracovník v domově pro seniory vykonává”*, druhým dílčím cílem bude *“zjistit, jaké má sociální pracovník znalosti o diabetes mellitus”*, třetím dílčím

cílem bude “zjistit, jak upravuje sociální pracovník individuální plán potřebám chronicky nemocného klienta s diabetem mellitus” čtvrtým cílem bude pak “zjistit, jak sociální pracovníci přistupují k etickým dilematům plynoucím z práce se seniory s diabetes mellitus v domově pro seniory”

Bakalářská práce se nejprve bude věnovat tématu choroby diabetes mellitus, jejím projevům, chronickým a akutním komplikacím a dopady či omezeními nemoci v životě člověka. Následně bude popsán proces stárnutí, fyziologické a psychické změny, které u jedince během stárnutí probíhají. Třetí část bude věnována specifickým nemoci diabetes mellitus ve stáří – specifickým potřebám, zdravotní a sociální politice, sociálním službám, především službě domova pro seniory a úloze sociálního pracovníka v péči o cílovou skupinu.

Následně formou polostrukturovaného rozhovoru bude proveden výzkum se sociálními pracovníky vybraných domovů pro seniory. V rámci výzkumu bude zjišťována vzdělanost a informovanost sociálních pracovníků v problematice seniorů s diabetem mellitus a následně činnosti, jaké s klienty s chronickým onemocněním sociální pracovníci vykonávají, jaká je jejich úloha v naplňování potřeb klientů.

Téma péče o seniory s diabetem mellitus jsem si zvolila z důvodu svého dlouhodobého zájmu o problematiku péče o seniora. Od útlého dětství jsem byla v blízkém kontaktu se seniory, a to nejen s vlastními prarodiči. Při studiu na gymnáziu jsem působila jako dobrovolník v domově pro seniory. Zde mě zaujala práce sociálního pracovníka. Během studia jsem soustředila praxe opět do domovů pro seniory a začala se více zajímat o výživu seniorů, zaujala mě specifika výživy klientů s různými dietologickými návyky a potřebami. Senioři s chronickým onemocněním diabetes mellitus mají, jak jsem již jsem uvedla, nejen specifické nároky na výživu, ale i na péči, aktivitu, hygienu a další. Myslím si, že mám již určitý přehled v problematice a zároveň dokážu poskytnout nezaujatý pohled na situaci.

Teoretická část

1 Diabetes Mellitus

Diabetes mellitus, neboli úplavice cukrová, zkráceně také cukrovka, zahrnuje skupinu chronických onemocnění projevujících se poruchou metabolismu sacharidů. Toto onemocnění se projevuje zvýšenou hladinou krevního cukru. Choroba vzniká na základě úplného nebo relativního nedostatku inzulínu. Dle toho také rozlišujeme dva základní typy diabetu – diabetes mellitus 1. typu (DM1T) a diabetes mellitus 2. typu (DM2T). Dále můžeme rozlišovat ještě gestační diabetes mellitus, jinak nazývaný také těhotenská cukrovka a ostatní typy. (Psottová, 2012, s. 15)

1.1 Diabetes mellitus I. typu

Při cukrovce prvního typu chybí lidskému organismu inzulín, tedy hormon, který má v těle za úkol dodávat cukr do buněk. Při této chorobě přestává slinivka břišní inzulín produkovat nebo jej produkuje jen velmi malé množství, glukóza se tak nemůže dostat do buňky, kde by měla být přeměněna na energii, ale hromadí se v krvi. Vysoká hladina cukru v krvi pak poškozuje drobné, ale i větší cévy, a tím i naruší funkčnost orgánu.

Příčina cukrovky prvního typu zatím není přesně známá, vliv však mohou mít geny a nějaký další zásah. Choroba se může spustit například prodělaným infekčním onemocněním, nachlazením, bodnutí komárem a podobně. (Štefáková, Michálek, 2008, s. 15-16)

Příznakem diabetu 1. typu může být častější močení, neustálý hlad a žízeň, hubnutí, únava a celková slabost, podrážděnost, změny nálady, ale i nevolnost a zvracení.

Úplné vyléčení cukrovky prvního typu není možné, lze pouze kontrolovat průběh nemoci. Základním krokem je pravidelné dodávání inzulínu formou inzulínových injekcí nebo inzulínových pump, tím se pak zastoupí funkce chybějícího inzulínu v těle a podpoří transfer glukózy do buněk. Součástí léčby je jídelníček, který je třeba dodržovat, dále dostatek fyzické aktivity, která pomáhá vstřebávání glukózy v buňkách. Pro často nepředvídatelný průběh nemoci je i důležitá častá kontrola krevního cukru, a to jak domácím testováním, tak pravidelnými kontrolami u lékaře. (Americká diabetická společnost, 1997, s. 17-19.)

1.2 Diabetes mellitus II. typu

Diabetes mellitus II. typu je nejčastější metabolickou chorobou, vyznačuje se relativním nedostatkem inzulínu. Slinivka sice inzulín vytváří, ale jen nedostatečné množství nebo má tělo s využitím inzulínu potíže, přitom se tyto dvě poruchy mohou kombinovat. I při tomto typu cukrovky není glukóza přenesena do buněk, zůstává v krvi a tím se zvyšuje hladina krevního cukru. (Americká diabetická společnost, 1997, s. 20) Dříve se tomuto typu cukrovky říkalo také cukrovka stařecká, protože se projevovala nejčastěji u lidí starších 55 let, nejčastěji z důvodu opotřebení slinivky břišní. V posledních letech, vlivem změny životního stylu, stresu, již zasahuje i mnohem mladší pacienty.

Příčinou cukrovky druhého typu je opět dědičná predispozice. Stejně jako cukrovka prvního typu se ale nemusí projevit u každého s touto predispozicí. (Štefáková, Michálek, 2008, s. 16-17) I zde hrají roli další faktory, u cukrovky druhého typu to je velmi často nadváha, konzumace velkého množství tuků a celkově nezdravé stravování, často v kombinaci s nedostatečným množstvím tělesných aktivit.

Mezi příznaky diabetu mellitus druhého typu patří časté močení, infekce močového měchýře, dásní, kůže, mravenčení nebo necitlivost v rukách a nohách, suchá a svědivá kůže, celková slabost, únava, hubnutí, neustálý hlad a žízeň.

Ani cukrovku druhého typu nelze zcela vyléčit, ale různými způsoby lze zlepšit využití inzulínu a snížit hladinu krevního cukru. V první řadě je doporučováno dodržování diabetické diety a pravidelný pohyb. *„Dieta a tělocvik vám pomohou zbavit se přebytečných kilogramů. Snížení hmotnosti může některým lidem vrátit hladinu cukru do příznivějšího rozmezí. Dieta a tělocvik pomáhá tělu využívat vlastní inzulín.“* (Americká diabetická společnost, 1997, s. 21) Pokud úprava jídelníčku a pohyb nepomáhá nebo není možný, nasazují se jako léčba antidiabetické tablety. Jedná se o léky, které pomáhají udržovat doporučenou hladinu krevního cukru, nejde však o inzulín. Tyto léky nemusí však bez dodržování diety a pohybu vůbec působit, a nebo působí jen po určitou krátkou dobu. (Americká diabetická společnost, 1997, s.10) Následně může lékař doplnit léčbu antidiabetickými tabletami o inzulín nebo jím tablety zcela nahradit.

1.3 Symptomy, diagnostika, léčba

V předchozí části byly uvedeny některé symptomy diabetu mellitus 1. i 2. typu. Mezi společné symptomy patří zvýšená žízeň a s tím spojený zvýšený příjem tekutin, časté močení ve dne i v noci, nechutenství v souvislosti a váhovým úbytkem. K váhovému úbytku může dojít ale i bez změněné chuti k jídlu a bez omezení příjmu potravy. Dalšími nejčastějšími příznaky jsou únava a malátnost, postižení dolních končetin nebo často se opakující infekce, a to močové, kožní, na pohlavních orgánech. Dostavit se mohou i poruchy zraku, především přechodné poruchy zrakové ostrosti. (Psottová, 2012, s. 18-19) Méně častými projevy cukrovky může být i pokles výkonnosti, poruchy nálady, podrážděnost, porucha vědomí až kóma, bolest hlavy, křeče, dech zapáchající po acetonu, poruchy potence, poruchy zažívání, zvýšená kazivost zubů a paradontóza.

Není ale ani výjimkou, že se u osoby neprojeví žádný se zmíněných symptomů před diagnostikování diabetu. „*Výskyt příznaků cukrovky závisí na hodnotě hladiny krevního cukru a na rychlosti vývoje choroby.*“ (Psottová, 2012, s. 18) Ani projev některého z uvedených příznaků neznamena, že má daná osoba diabetes, příznaky nejsou charakteristické pouze pro diabetes, ale mohou se vyskytnout i z jiného důvodu. Nejspolehlivějším a nejjednodušším krokem pro stanovení diagnózy je návštěva lékaře, který provede měření hladiny krevního cukru.

Diabetes může být diagnostikován odběrem krve z prstu nebo ze žíly, náhodně kdykoliv během dne nebo nalačno. Vyšetření se provádí u nerizikových jedinců jako součást preventivní prohlídky jednou za dva roky. U osob se zvýšeným rizikem výskytu diabetu se vyšetření provádí jednou ročně. Pokud se u jedince projeví některé příznaky, vyšetření se provádí okamžitě.

Když je diabetes mellitus diagnostikován, přichází na řadu jeho léčba. V první řadě je doporučována úprava životního stylu při nesprávných životních návycích, tedy dodržování diety a zvýšení fyzické aktivity, pokud je to možné. Diabetická dieta je shodná s pravidly racionální výživy, tedy stravy založené na nízkém obsahu tuků, nízkém obsahu cukrů a nízkém obsahu soli. Další léčebnou možností je nasazení perorálních antidiabetik, inzulinu, případně kombinace perorálních antidiabetik a inzulinu. Výživu je přitom „...*nutno sladit s potřebami nemocného a vyvážit s aktuální farmakoterapií diabetu, přirozeně s přihlédnutím k fyzickým aktivitám nemocného cukrovkou.*“ (Psottová, 2012,

s. 25-34) Cílem léčby je vždy optimální kompenzace (glukóza mezi 4 mmol/l nalačno a 10 mmol/l po jídle), co nejlepší kvalita života jedince a prevence nebo případně léčba komplikací cukrovky. (Psottová, 2012, s. 25-34)

1.4 Rizikové faktory, Komplikace, prevence

1.4.1 Akutní komplikace

Mezi nejčastější akutní komplikace diabetu patří *hypoglykemie*, tedy pokles hladiny krevního cukru. (Rybka, 2006, s. 118) Příčinou může být nadměrná dávka inzulínu nebo antidiabetik, neadekvátní příjem potravy, zvracení nebo průjem, přílišná zátěž, jiná choroba nebo alkohol. Projevuje se pocením, zhoršením zraku, dvojitým viděním, změnou nálady od euforie až po depresi nebo agresivitu, úzkostí, bolestí hlavy, pocitem hladu, suchostí v ústech. Postiženému se může také projevit porucha řeči a může upadnout do bezvědomí. Jako první pomoc se doporučuje dostat do těla jednoduché cukry, jako je například hroznový cukr nebo vypít slazený nápoj. (Psottová, 2012, s. 84-85) Pacienti s diabetem 1. typu mívají od lékaře navíc předepsaný glukagon – jednorázovou injekci. Opakovaná hypoglykemie není žádoucí, proto není dobré podceňovat prevenci (pravidelná vyvážená strava, přiměřený pohyb i přiměřené dávkování léků). Především by měl sám nemocný znát příznaky hypoglykemie a edukovat své okolí.

Při další akutní komplikaci - *hyperglykémii* - se hladina krevního cukru zvyšuje, přibližně a mohou ji doprovázet i nežádoucí účinky jako pocit žízně, s tím spojený zvýšený příjem tekutin, častější močení, které může vést až k odvodnění organismu a selhání ledvin. (Psottová, 2012, s. 85-86) Může ale také docházet ke snížení krevního tlaku, slabosti, mdlobám, poškození nervového systému, cév nebo očí. Projevy hyperglykemie se ale nemusí dostavit nebo mohou být velmi nevýrazné, a proto o nich diabetik dlouhodobě nemusí vědět. Při náhlém a rychlém nástupu hyperglykemie se jedná o závažný stav, kdy je nutné ihned vyhledat lékařskou pomoc.

Hyperglykemie může indukovat vzácnější, ale závažnější akutní komplikaci – diabetickou *ketoacidózu*. Při deficitu inzulínu nedochází ke vstupu glukózy do buněk, ani k dalším důležitým metabolickým buněčným procesům. Tělo si zvolí jako náhradní zdroj energie tuky, dochází ke zvýšení ketolátek v krvi a rozvíjí se ketoacidóza. Nevyužitá glukóza je vylučována močí a strhává sebou i velké množství vody a elektrolytů, později dochází k poruchám vědomí, nebo dokonce poruchám organismu ohrožujícím život.

(Rybka, 2006, s. 124-125) Diabetická ketoacidóza je velmi závažná a život ohrožující komplikace, která vyžaduje okamžité vyhledání lékaře nebo rychlé záchranné služby a následnou léčbu na jednotce intenzivní péče.

1.4.2 Chronické komplikace

Diabetes mellitus způsobuje nezvratné změny v organismu člověka – změny cévní stěny, pojiva, ale i změny vedoucí k rozvoji dlouhodobých cévních komplikací, jako je diabetická **nefropatie** (postižení ledvin vedoucí až k jejich selhání), diabetická **retinopatie** (postižení cév sítnice vedoucí ke slepotě) a diabetická **neuropatie** (postižení periferních nervů, projevující se infarktem myokardu, poruchou vyprazdňování, snížením citlivosti v končetinách). (Rybka, 2006, s. 132 - 145) Diabetes mellitus může vést také k řadě **kardiovaskulárním komplikacím** jako je ischemická choroba srdeční, nebo cévní mozková příhoda. Rizikový je i zvýšený krevní tlak (hypertenze) u diabetika, který urychluje vývoj dalších komplikací.

Podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR trpí kolem 5% diabetiků syndromem **diabetické nohy**. Jedná se o „*poškození nohy způsobené neuropatií, ischemií a infekcí. Projevuje se ulcerací (vředem) nebo postižením hlubokých tkání až kostí.*“ (Psottová, 2012, s. 103-105 a 116-118) Syndromy může být bolestivost nebo naopak necitlivost nohou, nehojící se rány na nohou, změna barvy kůže, praskliny, vředy, puchýře, otlaky. Základem prevence diabetické nohy je dodržování zdravé životosprávy, uspokojivě kompenzovaná cukrovka, dále se doporučuje nohy pravidelně omývat teplou vodou a mýdlem a následné důkladné osušení, hydratace krémem. Diabetik by neměl nikdy chodit bos, aby předešel drobným poraněním a také by měl pravidelně kontrolovat, zda nedochází k jakýmkoliv změnám na chodidlech. Základem je i vhodná obuv, která nezpůsobí otlaky a otoky. Při vzniku syndromu diabetické nohy je nutné vyhledat lékaře (podiatra).

2 Stáří

V literatuře můžeme najít několik různých názorů na to, co je stáří a kdy je jedinec považovaný za starého. Vývojová psychologie vymezuje stárnutí jako souhrn změn v organismu projevující se zvýšenou zranitelností a poklesem výkonnosti jedince. (Langmeier, Krejčířová, 1998, s 184)

Ze společenského hlediska bývá člověk považován za starého, pokud jej tak vnímá jeho okolí. Oldřich Matoušek definuje ve svém *Slovníku sociální práce* stáří jako „věkové období začínající v současné západní kultuře v 60-65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost.“ (Matoušek, 2016, s. 214) Z geriatrického hlediska je stáří definováno 65. rokem života a určitými biologickými a funkčními změnami v organismu. Co se chronologického věku týče, Světová zdravotnická organizace stanovila, že o vyšším (starším) věku, tedy raném stáří, hovoříme ve věku 60 – 74 let. V 75 – 89 letech se jedná o pokročilý (stařecký) věk neboli senium a nad 90 let pak hovoříme o dlouhověkosti.

V řadě definic se hovoří o seniorech, starých lidech, jako o osobách starších 60 let spojovaných se statusem důchodce, tedy ekonomicky neproduktivního, neaktivního. Z hlediska charakteristiky bývá tato skupina jedinců společností často chápána jako nepotřebná, využívající sociálních výhod, aniž by aktuálně mohli sami něco nabídnout. (Janečková in Matoušek, 2010, s. 163) Jedná se ale pouze o stereotypní pohled na stáří, senioři nejsou homogenní skupinou. Řada lidí v důchodovém věku stále prospívá společnosti svou prací nebo mají jiné smysluplné aktivity.

Pro účely této práce budu využívat pojem starý člověk, senior, v kontextu sociální práce dle Janečkové (Janečková in Matoušek, 2010, s. 163), jako osoba starší 60. let, která potřebuje pomoc jiné osoby, ať už z důvodů zhoršujícího se zdravotního stavu, osamění, propuštěným z nemocnice, žijícím v chudých čtvrtích, v nevyhovujících bytech, geograficky izolovaných, ale i z důvodu hrozícího špatného zacházení.

2.1 Tělesné změny ve stáří

Stárnutí s sebou nese celkové zhoršení zdravotního stavu, což se odráží v prožitcích těla, jeho vzhledu, funkčnosti a problematičnosti při jeho používání a procit'ování při pohybu.

Znatelnými změnami prochází pohybový systém – řídnu kosti, vazivo se stává méně pružné, množství svalové hmoty se snižuje.

V trávicím systému se snižuje produkce trávicích šťáv a zhoršuje se vstřebávání důležitých živin. Žaludeční sliznice navíc může být podrážděná řadou léčiv. Poruchy svěračů mohou mít vliv na poruchy vyprazdňování a snížený pocit nucení na stolicí. (Klevetová, 2017, s. 24-25)

Vlivem snížené vitální kapacity plic dochází mimo jiné i ke zhoršování prokrvování orgánů v těle, což se nejvíce projevuje v ledvinách. Změnami prochází i pohlavní a vylučovací systém a výrazné projevy stáří můžeme zaznamenat na smyslových orgánech.

Kvůli výše zmíněným tělesným změnám se staří lidé stávají zranitelnější a náchylnější k chorobám, ztrácí soběstačnost a postupně i schopnost sebeobsluhy. Narůstá závažnost nemocí a četnost komplikací, nemoci probíhají atypicky a často se vzájemně kombinují. (Hrozenská in Hrozenská, Dvořáčková, 2013, s. 32 – 34) Závažnou se pak může stát i banální viróza nebo zlomenina. Objevují se i nemoci podmíněné věkem, které se v mladším věku téměř nevyskytují, jako jsou cévní mozkové příhody, osteoporóza, osteoartróza, diabetes mellitus 2. typu, nebo Alzheimerova nemoc a další demence. U seniorů se také častěji projevují různé nežádoucí účinky léků a dopady nemocí či úrazů prodělaných dříve během života. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 113-121)

2.2 Psychické a sociální změny ve stáří

Fyziologické stárnutí a tělesné změny ve stáří se mohou odrazit i na stavu psychiky. Změna psychického stavu jedince může být způsobena biologickými příčinami, psychosociálně podmíněnými změnami, nebo kombinací obojího. Za **biologické příčiny** můžeme považovat strukturální a funkční změny na mozku, jako je úbytek mozkové hmoty, redukce synaptických spojů a zhoršování kvality přenosu informací. **Psychosociální příčiny** můžeme spatřovat ve snižujících se očekávání od seniora ze strany společnosti. Z důvodu předpokládaných úbytků sil se snižují i psychické nároky a povinnosti, nepotřebné schopnosti a dovednosti jsou postupně zapomenuty. (Vágnerová, 2007, s. 330-342)

Asi nejvýraznější psychickou změnou ve stáří je slábnutí paměti. Zhoršuje se zpracování a zapamatování nových informací i vybavování informací dříve zapamatovaných. Mění

se i intelektové schopnosti, výrazně klesá schopnost řešit nové problémy, zhoršuje se pozornost, tvořivost a přizpůsobivost. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 47-88)

V průběhu stárnutí se také mění emocionalita. U některých lidí dochází ke zklidnění, zpomalení a u jiných naopak k vyšší dráždivosti, citové labilitě nebo apatii a rezignaci. Jedinec také prožívá často emoce spojené se ztrátou - ztráta zaměstnání, ekonomické soběstačnosti, přátel, partnera a dalších. Tyto emoce dále mohou vést k pocitu osamění, deprivaci a depresím. (Vágnerová, 2007, s. 334-342) K pocitu osamění a izolaci přispívá i zhoršený zrak a sluch, kvůli kterým nemůže jedinec uspokojivě komunikovat a socializovat se.

U některých jedinců může mít změna životního stylu vliv na osobnost. U seniorů může docházet ke zvýraznění nebo dokonce k nabytí nových vlastností. Obvyklé je klesání zvědavosti a otevřenosti novým věcem, narůstání egocentrismu a neuroticismu. Změny většinou navazují na dřívější strukturu osobnosti, prohlubují její typické vlastnosti. Pokud jsou osobnostní změny velmi nápadné a neodpovídají předchozí osobnosti, může se jednat o symptomy choroby. (Vágnerová, 2007, s. 347-349) Právě nárůst četnosti nejružnějších duševních poruch je pro stáří charakteristický. Nejvýrazněji se to projevuje u neuróz, depresí a demencí. I ve vyšším věku je nutno myslet na neorganické poruchy, jako je např. porucha s bludy nebo návykové poruchy.

Se stárnutím se mění nejen psychické aspekty jedince, ale i jeho **postavení ve společnosti** - senior přichází o práci, která mu dávala jak finanční jistotu, tak určitý pocit vlastní užitečnosti. Se ztrátou zaměstnání přichází i o spoustu společenských kontaktů, které dříve navazoval přímo s pracovními kolegy, ale například i po cestě z práce. Přichází tak pocity neužitečnosti, ztráty smyslu života a osamění. K osamělosti také může přispět ztráta přátel, známých a blízkých osob jako jsou rodinní příslušníci či partner. Rodina v této životní fázi hraje důležitou roli - jedná se v podstatě o jeden z posledních sociálních vztahů. Velmi často senior pevněji přimkne k rodině, ale může se i naopak stát, že se mu závislost na rodině není příjemná, a tak rodinné vztahy naopak omezuje.

Ve stáří se mění také podoba partnerských vztahů. Z počátků stáří bývají vztahy vlivem dlouholetého soužití a realističtějších očekávání stabilizované, pocity štěstí ve vztahu bývají vyšší. Zásadní vliv na partnerský vztah má odchod do důchodu - senioři často prožívají strach z izolace v rodině a ze vzájemného přesycení. (Vágnerová, 2007, str. 369-

375) Vyrůstající konflikty mohou být zapříčiněné také změnou rolí partnerů. Mění se především mužská role, kdy se ztrátou zaměstnání muž přichází o sociální status, v domácnostech pak není dostatek ceněných činností, které by muže uspokojovaly a utvrdily jeho hodnotu. Ženská role v domácnosti i po odchodu do důchodu zůstává téměř beze změny, a to ženu uvádí do dominantní pozice, muž se tak stává závislejší. Přijetí změny rolí je pak důležitým aspektem v pocitech štěstí v partnerském vztahu.

Další změnu rolí prodělává partnerský vztah s onemocněním jednoho z manželů. Pečující osoba se dostává do dominantnější pozice, především muži mají tendence starat se o partnerku sami a neříct si o pomoc ani odborníkům. Pečující partneři jsou z péče o blízkého často vyčerpaní, péči nezvládají, ale mají potřebu se o blízkého postarat. Jsou frustrováni, rezignováni, izolováni. Pokud se péče o osobu blízkou a obětování stane smyslem života, po úmrtí partnera se mohou zhroutit. (Vágnerová, 2007, str. 373-376)

Úmrtí partnera může i po dlouhých nemocech pečující osobu překvapit. Téma smrti pro pozůstalého partnera nebývá ale děsivé, naopak o smrti často mluví a vyslovují přání partnera brzy následovat. Vztah se zemřelým setrvává i nadále v podobě návštěv na hřbitově, ponechání partnerových věcí v bytě nebo například vyhledávání míst připomínajících zemřelého.

Pozůstalý může mít tendence hledat aktivity a sociální kontakty v rodině (děti, vnoučata), nehledají však náhradu za partnera, nové partnerské vztahy silně odmítají. *“Nechut’ k novému partnerství může vyplývat z vývojově podmíněné ztráty motivace iniciovat novou fázi partnerského života v době, kdy je tento příběh uzavřen.”* (Vágnerová, 2007, s. 381)

Proměny prodělává i vztah se sourozenci, dětmi a vnoučaty. Vágnerová (Vágnerová, 2007, s. 390) uvádí tři fáze vztahu seniorů s dětmi a vnoučaty. První je fáze vzájemné nezávislosti, kdy starší lidé jsou díky volnému času a dobrému zdravotního stavu schopni postarat se sami o sebe, ale i pomáhat mladším generacím v domácnosti. V druhé fázi se postupně zvyšuje závislost starších lidí, senior přestává poskytovat pomoc a často ji sám potřebuje. Změna zdravotního stavu a s tím související závislosti je pro seniory velmi těžká, cítí se méněcenní, zbyteční, stydí se říct si svým dětem a vnoučatům o pomoc. Třetí fázi je trvalá závislost seniorů, kdy se mění vlastní sebehodnocení, bojí se budoucnosti a potřebují i emoční oporu. Po delší době nesoběstačnosti si senior na tuto fázi zvyká a

může se stávat egoistickým, ztrácí zábrany o něco žádat a považuje za samozřejmou péči poskytovanou dětmi a vnoučaty.

3 Senioři s diabetes mellitus

Jak bylo uvedeno v kapitole věnované tělesným změnám ve stáří, s rostoucím věkem je spojované i větší množství nemocí. Rybka (Rybka, 2006, s. 195) uvádí, že čtyřicet procent osob ve věku mezi 65 a 74 lety má určitou formu poruchy glukózové tolerance nebo přímo diabetes. Ve věkové skupině nad 80 let má diagnostikované poruchy glukózové tolerance dokonce padesát procent osob. Přitom se odhaduje, že až padesát procent lidí s diabetem nemá nemoc diagnostikovanou, žije bez terapie a diet.

Zvyšování hladiny krevního cukru je pro stárnutí přirozené. Je to dáno jak změnami v organismu, tak změnou životního stylu související se stářím. Pokud je však nárůst krevního cukru příliš vysoký, jedná se pravděpodobně o diabetes mellitus. Ve stáří přitom nemoc nemusí mít typické symptomy, nebo se dokonce neprojevuje vůbec. Pokud se objevují projevy nemoci, jako je například nadměrná žízeň, nechutenství, ospalost, zmatenost, mohou být tyto symptomy přikládány jiné nemoci, považovány za nežádoucí účinky léků užívaných na jinou chorobu nebo jsou symptomy považovány za znaky stáří. Důležitou roli v tomto případě hrají pravidelné preventivní prohlídky u lékaře, v rámci kterých by měl být prováděn i odběr krve nalačno s testem na hladinu krevního cukru.

Ve stáří bývá nově diagnostikovaný nejčastěji diabetes mellitus druhého typu, který souvisí s přirozeným chátráním organismu. Pravděpodobnost, že bude mít senior diabetes druhého typu vzrůstá s nadváhou a obezitou, genetickými predispozicemi, sníženou fyzickou aktivitou nebo i s dalšími onemocněními a léky. (Rybka, 2006, s. 197-200) Pokud je DM2T diagnostikovaný již z minula, nese s sebou do stáří především hrozbu různých komplikací souvisejících s poškozením velkých cév. Za nejnebezpečnější z těchto komplikací lze označit srdeční infarkt, mozkovou příhodu nebo ischemickou chorobu dolních končetin.

Ve stáří může být nově diagnostikovaný i diabetes mellitus prvního typu, není to však velmi časté. DM1T bývá diagnostikovaný většinou již v dětství nebo dospělosti, ve stáří má však horší průběh - objevují se problémy s kompenzací diabetu, sklony ke ketoacidóze a k velkému množství vážných komplikací.

Senior s diabetem diagnostikovaný již dříve bývá s nemocí smířený, zná její průběh i možné komplikace. Stejně tak se orientuje v doporučené terapii diabetu, dietě i režimu. Stáří s sebou však přináší tělesné změny, které mohou mít za následek změněný průběh

nemoci - nestačí dosavadní dieta a pohyb, nedostačuje dosavadní dávkování léků, mění se projevy akutních i chronických komplikací.

Pokud je diabetes mellitus diagnostikován ve stáří, nemusí senior nemoci porozumět a chápat její možné dopady a rizika. Odmítá pak dietu, léky i další opatření napomáhající ke snižování rizik komplikací. V tomto případě hraje podstatnou roli v terapii diabetu samotná edukace seniora a jeho rodiny.

3.1 Specifické potřeby seniora s diabetem

Chronické onemocnění přináší do života seniora různé komplikace. Senior nemůže jíst běžná jídla, na jaká byl zvyklý, musí dodržovat pravidelný režim dne, čekají ho častější návštěvy lékaře, musí se naučit předcházet možným komplikacím a podobně. Z charakteru choroby plynou specifické potřeby, které musí senior sám, nebo jeho okolí naplňovat.

3.1.1 Medikace

Terapie diabetu ve stáří se výrazně neliší od terapie nemoci v předchozích etapách života. I zde je nutné nahlížet na nemoc v kontextu celkového zdravotního stavu, životního stylu, zvyklostí a přání nemocného. Ve stáří však bývá častější výskyt více nemocí najednou, měl by tedy být brán ohled i na další nemoci a léky v té souvislosti užívané. Různé léky spolu mohou interagovat a nemusí mít tedy kýžený efekt. Stejně tak mohou léky vyvolat nové nežádoucí účinky, jaké v předchozím životě nevyvolávaly. Komplikací v medikaci může být také špatná disciplína seniorů v užívání léků, ať už z důvodu nedostatečné edukace seniora, z důvodu nezájmu o léčbu nebo z důvodu různých forem demencí.

Pokud senior užívá léky dlouhodobě, ve stáří mu již současná dávka léků nemusí dostačovat - i na to by měli lékaři při pravidelných kontrolách myslet.

Dalším možným rizikem spojeným s užíváním léků ve stáří může být už samotná neschopnost seniora dopravit se k lékaři pro preskripci. Senior s více chorobami může být unaven častými návštěvami lékařů, nedostačují mu fyzické síly, nebo nemusí mít ani finanční prostředky na časté návštěvy specialistů.

Cílem celé léčby by mělo být především snížení rizik hyperglykemie a prevence komplikací diabetu.

3.1.2 Dieta

Součástí terapie diabetu je bezesporu dieta. Zásadní pravidla diabetické diety jsou v podstatě stejná pro seniory, dospělé i děti - jedná se o dietu s omezeným příjmem cukru a živočišných tuků, v duchu zásad zdravého životního stylu, zdravého stravování. Diabetik by měl mít vyrovnaný obsah sacharidů, tuků i bílkovin v denních jídlech i v celodenních dávkách často se jedná o 225 g sacharidů, 75 g bílkovin a 60 g tuků denně. Limitovaný je také celkový denní energetický příjem, který by se měl pohybovat kolem 7 400 kJ. (Krišková, 2010, s. 85) Takový dietní plán bývá v nemocničních a sociálních a dalších zařízeních označován číslem 9 - diabetická dieta.

Ve stravě je důležitá pravidelnost, diabetici by měli dodržovat pravidelné rozestupy mezi jídly. V pobytových zařízeních bývá součástí diety číslo 9 druhá večeře.

Pro seniora může být dodržování uvedené diety velmi obtížné. Hlavním problémem může být samotný výběr potravin a skladba jídelníčku. Senior si neumí sestavit správný jídelníček, rozumí například zásadě vyhýbat se sladkým jídlům, nahrazuje je však omáčkami a pečenými tučnými masy, které se se zásadou zdravé stravy neslučují. V dobré víře nahrazují sladké potraviny cukrovinkami označenými jako DIA, ani ty však nemají ideální složení a neměly by se v jídelníčku vyskytovat příliš často.

Problémem pro seniora může být i samotná příprava jídla, kdy buď neumí připravit pokrm zdravěji nebo nemá na vaření sílu. Cena potravin se nemusí starším lidem znát přiměřená a mohou se snažit šetřit nákupem levnějších, méně kvalitních potravin, nevhodných do diabetické diety. K dodržování pravidelného příjmu nepřispívá ani snížená žízeň a chuť k jídlu spojená se stárnutím. Někteří senioři mají naopak pocity nadměrné chuti k jídlu, pocity, že si chtějí "na stará kolena dopřát". (Rybka, 2006, s. 200) Nepříznivý je také zhoršující se stav chrupu.

V ideálním případě by měli být senioři edukováni o vhodnosti a nevhodnosti některých potravin, o nutnosti dodržování zdravého jídelníčku a pravidelnosti ve stravě. Dennímu jídelníčku by se mělo přizpůsobovat i dávkování léků.

Sestavováním jídelníčků se specifickými se v mnohých zdravotnických a sociálních zařízeních zabývají nutriční terapeuti, kteří zohledňují dietní opatření, stav nemoci a rozložení jídel.

3.1.3 Pohyb

K doporučenému zdravému životnímu stylu patří bezesporu i pohyb. Pravidelný přiměřený trénink bývá v mnohých příručkách a publikacích uváděn jako jeden z nejdůležitějších aspektů udržování správné hladiny krevního cukru a prevence komplikací. Ve stáří však ubývají fyzické síly, zhoršuje se motorika a senioři ztrácejí při pohybových aktivitách jistotu. Ubývá také motivace k pohybovým aktivitám. Ani ve vyšším věku by se neměl pohyb zcela vynechávat, naopak by měl mít místo v každodenním režimu. Klevetová (Klevetová, 2017, s. 142-148) například doporučuje cvičit ze začátku alespoň v představách. Tím se posiluje motivace dělat něco prospěšného pro své tělo. *“Úkolem zdravotníků a pečujících osob je vést nemocného seniora ke zvládnutí soběstačnosti s využitím jeho vlastních schopností i kompenzačních pomůcek.”* (Klevetová, 2017, s. 159) Obecně se seniorům při cvičení doporučuje nepřepínat organismus, pohybovat se podle toho, co dovolí vlastní tělo, dle rozsahu kloubů. Cvičit by se mělo soustředěně, uvolněně.

Pro diabetiky platí, že by se síle a intenzitě pohybu mělo přizpůsobit i dávkování léků, aby nedošlo k hypoglykémii. Pro případ, že by diabetik upadal do hypoglykemického šoku, měl by mít vždy u sebe trochu cukru nebo slazený nápoj. Platí také, že by se nemělo cvičit ihned po jídle a při pohybu by se měl dodržovat pitný režim.

V mnoha zařízeních poskytující služby seniorům jsou nabízeny pohybové aktivity přizpůsobené možnostem a schopnostem starších lidí. Populární jsou například lekce jógy pro seniory nebo zdravotní cvičení. (Klevetová, 2017, s. 153)

Mezi seniory diabetiky mohou být také imobilní klienti, upoutaní na lůžko, bez schopnosti samostatného pohybu. Ani u těchto klientů by se neměl pohyb zanedbávat, procvičovat by se měl alespoň minimální pohyb, co senior zvládne a na pohyb alespoň myslet a cvičit v myšlenkách. Takovým klientům by pak měly být určeny speciální rehabilitační cvičení s terapeutem.

3.1.4 Bezpečí, edukace, první pomoc

Potřeba bezpečí je po naplnění fyziologických potřeb nejdůležitější nedostatkovou potřebou v Maslowově pyramidě potřeb. Diabetes mellitus může ovlivnit tuto potřebu, neboť ohrožuje zdraví jedince. Jedním ze způsobů, jak lze naplnit potřebu bezpečí v kontextu jistoty zdraví je edukace.

Edukace nemocného diabetem mellitus je v různých zdrojích považována za nedílnou a neodmyslitelnou součást léčby. Důležitost pravidelné edukace nemocných diabetem dokládá i množství aktivit velké většiny zemí na celém světě, jsou zakládána specializovaná edukační centra nebo například národní edukační diabetologické programy.

“Edukace nemocných s diabetem je definována jako dlouhotrvající proces, který má za cíl posílit schopnosti samotných nemocných pečovat o sebe (o své vlastní zdraví).”

(Perušičová, 2012, s. 117) Jedná se o výchovu, vzdělávání a předávání informací nejen samotnému nemocnému, ale i jeho rodině a například pečujícím osobám. Součástí je také trénování dovedností souvisejících se sestavením jídelníčku, výběrem potravin, volby vhodných pohybových aktivit, nebo i samotné měření glukometrem a aplikace inzulínu. V rámci edukace je k dispozici také psychologická pomoc a podpora nemocného.

Svá specifika má edukace seniorů s diabetem mellitus především s ohledem na specifika komunikace se seniorem a na možné kognitivní změny ve stáří. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR vydala *desatero pro komunikaci s osobami se zdravotním postižením*, ve kterém jsou zmíněny základní principy, jak se seniory jednat. Na tyto body je třeba myslet i v rámci edukace seniora. Měli bychom respektovat zpomalené psychomotorické tempo seniora, přizpůsobit tomu svou mluvu ale i poskytované informace. V komunikaci být trpěliví, složitější a zvláště důležité informace bychom měli několikrát opakovat a nejlépe ještě napsat na papír (případně předat brožuru se shrnutými informacemi). Komunikace by se měla přizpůsobit možným komunikačním bariérám, kterými mohou být poruchy sluchu, zraku, měli bychom se pohybovat v zorném poli seniora a používat oční kontakt. (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006, online)

Pro naplnění potřeby bezpečí je podstatná také edukace okolí nemocného, a to především v případě, že diabetik péči o sebe sám nezvládá. Pro bezpečí diabetika je podstatná edukace pečujících osob v poskytnutí první pomoci při komplikacích diabetu. Pečující osoby a osoby blízké by měly umět rozpoznat komplikace a poskytnout základní první pomoc především v případě hyperglykémie, hypoglykémie, při komplikacích spojených s ischemickou chorobou srdeční, anginou pectoris, infarktem myokardu a mozkovou příhodou. Přivolání a příjezd odborné pomoci může zabrat několik minut, okamžité

poskytnutí první pomoci dokáže zachránit životy. V lůžkových zařízeních, zdravotnických i sociálních, bývá přítomen proškolený personál (zdravotní sestry, lékaři). Na pokojích by měl být zaveden systém okamžitého přivolání pomoci zdravotnického personálu. Může se ale také stát, že rodinný příslušník, pečující osoba nebo sociální pracovník bude se seniorem diabetikem sám a nebude mít možnost využít přivolávacího systému, právě proto je důležitá znalost poskytnutí první pomoci i u těchto osob.

Součástí zabezpečení pocitu bezpečí je také vyhodnocování rizik a zabezpečování bezpečného prostředí. Například senior diabetik by měl mít uzpůsobené prostředí tak, aby nemohlo dojít k poranění dolních končetin, které by mohlo vyvolat komplikace diabetu. Diabetik by si například neměl sám ani stříhat nehty na nohou - v pobytových sociálních zařízeních bývá specializovaná pedikúrka, která by měla být také vzdělaná v možných komplikacích diabetu a případná poranění dolních končetin nahlašovat zdravotnickému personálu.

K vyššímu bezpečí také přispívá označení diabetiků. V pobytových zařízeních by měl být diabetik označen například uvedením čísla diety u jména na dveřích, speciálními barevnými symboly, nebo náramkem. Identifikace seniora s diabetem je důležitá nejen pro správné poskytování stravy, pro vhodnou úpravu prostředí, ale také pro rychlejší vyhodnocení komplikací a poskytnutí první pomoci.

3.2 Psychosociální potřeby a dopady nemoci ve stáří

Diabetes mellitus svým charakterem chronické choroby přináší do života nemocného řadu nových situací, jako je změna způsobu života a životního stylu, častější návštěvy lékaře, nebo strach z možných komplikací nemoci.

Stáří je typické zhoršeným přizpůsobováním na změny, senior potřebuje více času na vypořádání se s nově diagnostikovanou chorobou a na přizpůsobení se novému životnímu stylu. Je běžné, že senior diabetik odmítá diagnózu i doporučenou léčbu, protože se cítí dobře a nemá vnější příznaky choroby. Ke stáří také mohou mít pocit, že se nechtějí omezovat a chtějí si zbytek života naplno užít. Postupným zhoršováním stavu nebo řádnou edukací přecházejí postupně do doporučovaného režimu a uvědomují si všechna možná rizika a komplikace.

I v průběhu léčby se mohou objevit problémy s adaptabilitou a flexibilitou, senior může být vzdorovitý a nespolupracuje. Může se objevit až agrese ať už slovní, tak fyzická ke zdravotnickému personálu a k ošetřujícím osobám. Jedná se o reakci na změnu a stresovou situaci. Samotná diagnóza diabetu znamená stresovou zátěž. Každodenní zabývání se diabetem (dodržování diety, užívání léků, přiměřený pohyb, režim) prohlubuje stresovou zátěž. Ta může vést ke kolísání krevního cukru a ke zhoršování průběhu nemoci, což může opět ještě více stresovat nemocného seniora. Tento stav může vyvolávat pocity bezmoci, beznaděje, deprese, vedoucí až k suicidálnímu jednání. Pokud se projevují chronické komplikace cukrovky, dochází ke snížení soběstačnosti a tím se snižuje i sebehodnocení a sebeúcta nemocného. Dále se mohou projevovat poruchy spánku, vyšší únava, nesoustředěnost a častější smutek. (Rybka 2006, s. 218)

Nemocný senior cítí silný strach z neznámého nového režimu, obává se nezvládnutí dietního režimu, náročnosti pohybu, reakcí okolí, zhoršování zdravotního stavu, akutních a chronických komplikací, ale i hospitalizace a ztráty soběstačnosti. K tomu se připojují obavy související se stárnutím a stářím celkově.

Při zvládnutí stresu mohou seniorům pomoci základní relaxační techniky, pohybové aktivity, nebo pravidelný spánek. Služby domova pro seniory a domovy se zvláštním režimem nabízejí svým klientům nejen ve stresových situacích různé aktivizační činnosti, které také mohou pomoci k uklidnění a smíření se zdravotním stavem. Za zmínku stojí například muzikoterapie, arteterapie nebo ergoterapie.

Se stářím roste potřeba blízkosti rodinných příslušníků. U seniorů s diagnózou cukrovky je tato potřeba ještě vyšší především při počáteční diagnóze. Senior potřebuje od rodiny oporu, měl by cítit, že se jejich vztah ani s nemocí nemění. Rodina by měla nemocnému pomáhat se změnou režimu, při učení nového denního rytmu, se sestavováním nové diety, s aplikací inzulínu a podobně. Senior s nově diagnostikovaným diabetem prožívá změnu role ze zdravého člověka na nemocného, pacienta. V rodině má ukotvení v přítomnosti a oporu v případě vzniku komplikací. Právě senioři s komplikacemi potřebují pomoc druhé osoby, kterou může být člen rodiny, ale i pečující osoba mimo rodinu. S touto osobou se častým kontaktem vytváří pevnější vazba, která může pomoci seniorovi při zvládnutí stresových situací.

Nové sociální vazby senioři navazují díky častým kontrolám s lékaři, zdravotními sestrami, dalším ošetřujícím personálem, ale i s dalšími pacienty v čekárně a podobně.

Senioři žijící sami v domácnosti bez častějšího kontaktu se sociálním prostředím mohou vlivem diabetu cítit větší izolovanost a osamění. Nemohou se účastnit náročnějších fyzických aktivit, na které byli zvyklí. Muži často musí přestat kvůli diabetu s kouřením, které mohlo navazovat sociální kontakty, ženy v seniorském věku se často střetávají v cukrárnách, kterým se po diagnóze vyhýbají. Z obav z komplikací, hypoglykemie nebo úrazu zůstávají starší lidé v domácnostech, kde nemají šanci navázat kontakty s okolím. Kvůli obavě ze závislosti na jiné osobě se mohou vyhýbat i rodině - nechtějí rodinu obtěžovat a způsobovat starosti.

Pozdní komplikace diabetu mohou způsobovat snižování samostatnosti až po úplnou závislost na pomoci jiné osoby. Změna závislosti nezasáhne pouze do života nemocného jedince, ale může znamenat změnu pro celou rodinu, které už senior nemůže dále vypomáhat, ale naopak potřebuje jejich pomoc a péči.

S cukrovkou se může měnit i ekonomická situace jedince. Návštěvy lékaře mohou být nejen časově, ale i finančně náročné. Potřebné léky a kompenzační pomůcky nemusí zdravotní pojišťovny hradit v plné výši. Pokud má senior ještě chronické nebo akutní komplikace případně jinou chorobu, výdaje na léčbu dále vzrůstají. Nákladnější může být i potřebná dieta a placené pohybové aktivity.

3.3 Zdravotní a sociální politika

Jak již bylo zmíněno, diabetes přináší do života nemocného velké množství změn, se kterými se každý neumí nebo dokonce nemůže vyrovnat sám. Starý člověk, těžko se přizpůsobující novým podmínkám, se ocitá ještě v náročnější životní situaci. Diabetici mají řadu možností, na koho se různých tíživých situacích obrátit. Příkladem může být velká řada světových organizací, jako je například Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation – WHO) řešící zásadní problémy péče o diabetiky na mezinárodní úrovni a úzce spolupracují s Mezinárodní diabetologickou federací (International Diabetes Federation - IDF). Z iniciativy zmíněných organizací byl v roce 1989 vypracován program péče o diabetiky, který byl v celé Evropě přijat jako Saintvincentská deklarace (SVD). Obecným cílem programu je „...*soustavné zlepšování života diabetiků blížícího se normálním předpokladům, kvalitě i kvantitě, a také prevence*

a léčba diabetu a jeho komplikací za intenzivního výzkumného úsilí“ (Rybka, 2006, s. 229) Program SVD formuluje diabetes jako velmi významný problém všech věkových kategorií a deklaruje vytvoření podmínek ze strany evropských vlád, při kterých by mělo dojít ke zmírnění dopadů nemoci. Všem zemím bylo v rámci programu doporučeno zaměření pozornosti na prevenci, identifikaci a terapii nemoci. Pro dosažení cílů SVD byla vypracována řada dalších programů zaměřených především na edukaci, a to jak edukaci diabetiků samotných, tak edukace pečujících a ošetřujících osob.

K naplnění cílů programu v České republice bylo ustanoveno Koordinační centrum pro realizaci SVD v ČR v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Vlastní realizace probíhá ve spolupráci praktických lékařů, specializovaných diabetologů, diabetiků a diabetických organizací. Mezi významné organizace působící v České republice patří Česká diabetologická společnost, Svaz diabetiků ČR, nebo Diabetická asociace ČR.

Problematikou seniorů s onemocněním se v ČR zabývá Národní rada osob se zdravotním postižením, zaměřující se především na právní podporu osob se zdravotním postižením a seniorům. Pomoc a podporu mohou senioři najít také u celorepublikové neziskové organizace Život 90, nabízející široké spektrum služeb seniorům a jejich rodinám s cílem zlepšovat kvalitu života především v domácím prostředí.

Pro podporu zdravého stárnutí vydala Světová zdravotnická organizace několik dokumentů, například Zdraví pro všechny do roku 2000 s aktualizací Zdraví pro všechny v 21. století. Evropskou variantou je program Zdraví 21, dále Evropský program zdravotní výchovy pro seniory a se seniory. Odvozeně vznikl v roce 1999 program Stárnout zdravě v České republice. (Haškovcová, 2010, s. 92-93) Následně byl v České republice připraven Národní plán přípravy na stárnutí pro období 2003-2007 s pokračováním až do dnešní doby. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018, online) Cílem plánu je vytvářet společnost nediskriminující občany na základě věku, ochraňující staré lidi v rizikových situacích a důsledně respektující lidská práva.

3.3.1 Zdravotnické příspěvky

Pojištěnec má dle zákona číslo 48/1997 Sb. Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, §11 právo *“na výdej předepsaných zdravotnických prostředků, léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, jde-li o zdravotnické prostředky, léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely plně*

nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem...” (Zákon č. 48/1997 Sb.) Pojištěncem je dle tohoto zákona jsou osoby s trvalým pobytem na území České republiky, pojištění platí za poživatele důchodu stát ze státního rozpočtu. Seniorům s diabetem jsou zdravotní pojišťovnou hrazeny všechny potřebné zdravotnické pomůcky související s cukrovkou. Důležité je však zmínit, že pojišťovna hradí pomůcky pro diabetiky jen v určitém počtu a do určité částky specifikované v zákoně číslo 48/1997 Sb. příloze 3. Například diabetik aplikující si inzulin inzulinovými perami nebo pumpou, má od zdravotní pojišťovny příspěvek na glukometr jednou za šest let ve výši 435 korun na kus, což odpovídá nejlevnějším glukometrům na trhu. Diabetik aplikující si inzulin jednou až dvakrát denně, má nárok na příspěvek na inzulinové pero jednou za šest let do částky 870 Kč/ kus, což na úhradu celé částky nepostačuje, a 500 kusů jehel do inzulinových per na rok. Pokud si diabetik aplikuje inzulin více než jednou denně, je evidentní, že je 500 kusů jehel na rok nedostatečných. Antidiabetika a inzulin je hrazen částečně zdravotní pojišťovnou, některá antidiabetika mají vysoké doplatky, které hradí diabetik sám. Stejně tak některé lékárny mohou požadovat uhrazení doplatku na inzulin.

Některé zdravotní pojišťovny přispívají na prevenci zhoršení komplikací diabetu svým pojištěncům další částky. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna přispívá do celkové výše 1000 Kč diabetikům na dezinfekční prostředky k dezinfekci kůže, na testovací proužky, příslušenství k inzulinové pumpě, nebo například na pravidelné odborné ošetření nohou pedikérkou z podiatrických služeb. (Všeobecná zdravotní pojišťovna, 2018, online) Vojenská zdravotní pojišťovna přispívá na pohybové aktivity, nebo v rámci preventivních programů pomáhá nejen diabetikům v odvykání kouření. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna nabízí v různých akcích slevy u svých partnerů na diabetické potraviny, 500 Kč ročně na zdravotnické pomůcky pro diabetiky nebo specializovanou obuv. Příspěvek až do výše 500 Kč ročně na zdravotnické pomůcky nabízí svým pojištěncům také Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra.

3.3.2 Zdravotní služby

V *ambulantní péči* se odehrává převážná většina péče o jedince s diabetem mellitus. Probíhá zde většinou samotné zjištění diagnózy. Jedinec je ať již na základě obtíží nebo preventivní návštěvy vyšetřen, je zjištěna anamnéza a provedena fyzikální a laboratorní

vyšetření. Následně se sestavuje léčebný plán, který zahrnuje doporučení změny dietního režimu, úpravy životního stylu, vlastní terapie nasazením léků, ale i edukace nemocného a jeho rodiny. Následně do ambulantní péče dochází diabetik k průběžným kontrolám, během kterých je kontrolována dostatečnost kompenzace a opravovány dietní a režimové chyby. Kontroly u lékařů mohou být ze začátku i každý týden, po stabilizaci stavu se může jednat o frekvenci návštěv jednou za měsíc a jednou za čtyři měsíce.

Ambulantní péče může být vykonávána na různých stupních. Může se jednat o ambulance v nemocnicích nebo ordinace praktických lékařů. Nejvyšším stupněm péče jsou diabetologická centra zajišťující komplexní péči v kontaktu se všemi požadovanými odborníky. Cílem diabetologických center je mimo diagnostiku a léčbu také prevence diabetu a případných komplikací a edukace nemocných včetně jejich rodin. V diabetologických centrech se mohou také dále vzdělávat lékaři a další zdravotnický personál. Pokud je senior umístěn v sociálním zařízení domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem, může mít takové zařízení sjednáno vlastního smluvního lékaře, který má vlastní ordinaci v zařízení, nebo navštěvuje seniory přímo na pokojích. V zařízeních by měl být také řádně proškolený zdravotnický personál schopný diabetika a jeho rodinu edukovat.

Diabetik může být z různých důvodů **hospitalizován**. Buď se jedná o hospitalizaci přímo spojenou s diabetem (nově diagnostikovaný diabetes, špatná glykemická kontrola, akutní nebo chronické komplikace, ...), nebo je diabetik hospitalizován pro nechirurgickou příčinu (nemoc), případně byl přijat pro chirurgickou příčinu (operace). Zásadní je ale vždy stabilizace a kontrola glykemie. Před propuštěním z nemocnice je důležitá již zmiňovaná edukace, a to nejen u pacientů s nově diagnostikovaným diabetem, ale i u dlouhodobých pacientů. V nemocničních zařízeních je přítomná i sociální pracovnice, která poskytuje poradenství, co se týče příspěvků na péči, průkazů pro osob se zdravotním postižením nebo dávek v hmotné nouzi.

Lázeňskou péči využívají lidé nejčastěji s nemocemi pohybového aparátu, nemocemi horních a dolních cest dýchacích nebo nemocemi oběhového systému. Výjimkou ale nejsou ani lázeňské pobyty krátkodobé, prevenční, nebo programy zaměřené na redukci nadváhy.

Lázeňský pobyt navrhuje ošetřující lékař a schvaluje jej revizní lékař zdravotní pojišťovny. Může se jednat o péči komplexní (plně hrazená zdravotní pojišťovnou), příspěvkovou (zdravotní pojišťovnou jsou hrazena vyšetření a léčení) a nehrazenou (vše si hradí sám pacient). Konkrétněji systém poskytování lázeňské péče vymezuje zákon číslo 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Podle přílohy 5 tohoto zákona má dospělý diabetik nárok na lázeňskou péči po dobu 21 dní. (Zákon č. 48/1997 Sb.) Komplexní péče mu náleží v případě stavů s komplikacemi jako je například neuropatie. V ostatních případech má diabetik také nárok na lázeňskou péči po dobu 21 dní, jedná se ale o léčebnou rehabilitační péči příspěvkovou. Diabetik by měl být v rámci pobytu edukován a veden ke zdravé životosprávě, změně jídelníčku, zvýšení pohybu nebo například ve zdokonalení aplikace inzulínu. Důležitý je i kontakt s dalšími nemocnými a možnost navázání kontaktu a výměny zkušeností. Kontakt by měl být vždy uměřený schopnostem a zdravotnímu stavu seniora.

3.3.3 Sociální dávky a podpory

Základním zdrojem financí je pro seniory s diabetem *starobní důchod*. Nárok na starobní důchod má jedinec, který získal potřebnou dobu pojištění a dosáhl stanoveného věku, případně splňuje další podmínky stanovené zákonem č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění. Konkrétní potřebnou dobu pojištění upravuje §29 Zákona o důchodovém pojištění. Výši důchodového věku upravuje §32 zákona č. 155/1995 Sb. a u pojištěnců narozených v letech 1936-1971 příloha tohoto zákona. (Zákon č. 155/1995 Sb.)

Výši starobního důchodu opět upravuje zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, konkrétně §33-36. Průměrná výše starobního důchodu byla ke konci března roku 2018 vypočítána na 12 347 korun měsíčně, s tím, že muži mají průměrný starobní důchod 13 615 Kč měsíčně, zatímco ženy 11 219 Kč. (Zákon č. 155/1995 Sb.)

Žádost o přiznání starobního důchodu se podává na okresní správě sociálního zabezpečení (OSSZ) příslušné podle místa trvalého bydliště.

Chronicky nemocný s komplikacemi diabetu mohou mít také nárok na *průkaz osoby zdravotně postižené*. Předkládá se vyplněná Žádost o přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením na příslušném úřadě práce. Pokud jsou splněny podmínky pro přiznání průkazu TP nebo ZTP nebo ZTP/P, plyne z toho velké množství výhod od

vyhrazených míst na parkování, slev na cestovné a vstupy a podobně. Navíc může mít držitel karty OZP nárok na dávky pro osoby se zdravotním postižením.

Senior, který má z důvodu tělesného, smyslového nebo duševního postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P, opakovaně se dopravuje a zároveň není v pobytovém zařízení, má nárok na **příspěvek na mobilitu**. Konkrétní podmínky nároku na příspěvek na mobilitu jsou uvedeny v §6 zákona čísla 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. (Zákon č. 329/2011 Sb.)

Senior, který má těžkou vadu nosného systému, pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení, těžké zrakové postižení, které mají charakter dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu má nárok také na **příspěvek na zvláštní pomůcku**, která umožní senioru sebeobsluhu, styk s okolím a podobně. Podrobné podmínky jsou ošetřeny v §9 – §12 zákona číslo 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. (Zákon č. 329/2011 Sb.)

Pokud senior z důvodu fyziologických změn nebo z důvodu projevů diabetu nezvládá péči sám o sebe, může si podat žádost o **příspěvek na péči**. Příspěvek na péči je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách uvádí v §9 základní životní potřeby:

- a) Mobilita
- b) Orientace
- c) Komunikace
- d) Stravování
- e) Oblékání a obouvání
- f) Tělesná hygiena
- g) Výkon fyziologické potřeby
- h) Péče o zdraví
- i) Osobní aktivity
- j) Péče o domácnost (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Podle počtu nezvládnutých základních životních potřeb se stanoví jeden ze čtyř stupňů závislosti. Stupeň I (lehká závislost) náleží osobám, které nezvládnou 3-4 životní potřeby.

Těmto seniorům náleží příspěvek ve výši 880 Kč. Stupeň II. (středně těžká závislost) se přiděluje seniorům při nezvládnutí pěti nebo šesti základních životních potřeb, výše příspěvku je 4 400 Kč. Osoba je závislá ve stupni III. (těžká závislost) jestliže není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb, příspěvek činí 8 800 Kč. Ve stupni IV. (úplná závislost) je osoba, která není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb. Příspěvek ve stupni IV. je 13 200 Kč při poskytování pomoci pobytovými sociálními zařízeními, 19 200 Kč při péči v domácnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Senior s nedostatečnými příjmy má též nárok na **dávky pomoci v hmotné nouzi**. Jedná se o *příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a dávku mimořádné okamžité pomoci*. Diabetikům se při žádosti o příspěvek na živobytí navyšuje částka životního minima z důvodu dietního stravování. Částka životního minima v roce 2019 činí 3410 Kč/měsíčně, diabetická dieta navyšuje tuto částku o 1130 Kč/měsíčně.

Konkrétní podmínky výplaty dávek pomoci v hmotné nouzi najdeme v zákoně číslo 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů, s tím souvisejícím zákoně č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu a ve vyhlášce č. 389/2011 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi.

Žádost o výplatu dávky pomoci v hmotné nouzi mohou senioři podat na krajských pobočkách Úřadu práce dle místa trvalého pobytu.

3.3.4 Sociální služby

Sociální služby jsou určeny k poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci. Matoušek vymezuje sociální služby následovně: *“Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.”* (Matoušek, 2007, s. 9) Dle Ministerstva práce a sociálních věcí je cílem sociálních služeb zachování lidské důstojnosti, aktivní rozvíjení schopností, zlepšování nebo alespoň zachování samostatnosti klienta, poskytování služeb v zájmu klienta a v náležité kvalitě a vycházet z individuálních potřeb klientů. (MPSV, 2017, online) V roce 2007 vešel v České republice v platnost zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách, který upravuje

podmínky poskytování pomoci a podpory prostřednictvím sociálních služeb, poskytování příspěvku na péči, vydávání oprávnění k poskytování sociálních služeb, činnost inspekce sociálních služeb, ale například i předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.

Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách uvádí tři formy poskytování sociálních služeb - **pobytové, ambulantní a terénní**. *“Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.”* (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Rozlišujeme tři druhy poskytovaných služeb. Jedná se o sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. **Sociální poradenství** můžeme dále rozlišit na základní a odborné sociální poradenství. **Základní poradenství** je poskytováno jako základní součást všech sociálních služeb, v rámci něj jsou podávány informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace osob. **Odborné sociální poradenství** je poskytované především v občanských poradnách, manželských, rodinných poradnách, seniorských poradnách, poradnách pro oběti trestných činů a podobně a zahrnuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické aktivity, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb.) Při poskytování sociálního poradenství seniorům a jejich rodinám je nutné dbát na specifika komunikace se starými lidmi a přizpůsobit komunikaci i podávané informace kognitivním a rozumovým schopnostem klientů. Služby sociální prevence *“napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby.”* (Zákon č. 108/2006 Sb.) **Služby sociální prevence** mají osobám pomáhat k překonání nepříznivé sociální situace. V případě seniorů s diabetem mají tyto služby zabránit izolaci, vzniku pocitu osamění, deprese, beznaděje ale i suicidnímu chování. Jedná se například službu telefonické krizové pomoci, která je poskytována osobám v ohrožení zdraví nebo života či v jiné obtížné situaci. Seniorům v ohrožení sociálním vyloučením mohou být také poskytovány sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením formou ambulantní i terénní. Tato služba může být registrována

společně s jinými sociálními službami například v pobytových sociálních zařízeních, centrech denních služeb a podobně.

Služby sociální péče poskytují osobám podporu a péči s cílem podpořit soběstačnost v přirozeném prostředí, umožnit zapojení do běžného života a případně zajistit důstojné zacházení a prostředí. Pro seniory s diabetem mohou využívat řady služeb sociální péče, například mohou využívat **osobní asistenci**, která je poskytována přímo v domácnosti seniora. **Pečovatelská služba** může být poskytována v přirozeném prostředí, ale také ambulantně a je oproti osobní asistenci vymezena časem stráveným vykonanými úkony. Obě služby jsou určeny seniorům se sníženou soběstačností ať už z důvodu věku, tak z důvodu chronické nemoci. **Tísňovou péči** mohou využít seniory v přirozeném prostředí v případě zdravotních komplikací, úrazu, pádu a podobně. Služba je nejčastěji poskytována elektronicky nebo telefonicky a slouží především k poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci v krizi. (Zákon č. 108/2006 Sb.) Registrovanou tíšňovou službu má například nezisková organizace Život 90.

Senior, který má vlivem komplikací diabetu zhoršené dovednosti v oblasti komunikace (postihnutí zraku, sluchu), může využívat k vyřizování vlastních záležitostí **průvodcovské a předčitatelské služby**.

Odlehčovací služby mohou být využívány seniory s diabetem, o které se stará pečovatel v přirozeném sociálním prostředí. Služba může být poskytována v terénní, ambulantní nebo pobytové formě a slouží především k zajištění potřebného odpočinku pečující osobě.

Senior diabetik může využívat také **centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře**. Tyto služby může senior využívat až po vyskytnutí obtíží ve stáří, ale i dříve, pokud jsou komplikace diabetu natolik výrazné, že diabetik přišel o soběstačnost (amputace končetin apod.). Pokud diabetik senior vlivem dalších chorob nebo komplikací přišel o soběstačnost již dříve během života, může mu být i ve stáří poskytována **služba domova pro osoby se zdravotním postižením**. Senior zde může dožít zbytek života, nebo je po podání žádosti přijat do služby domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem. V **domově se zvláštním režimem** jsou poskytovány pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, se stařeckou, Alzheimerovou a ostatními typy demencí. Diabetes mellitus projevený v dětství nebo v dospělosti může mít vlivem komplikací a nadměrného stresu vliv na duševní pohodu a

rozvoj demencí, proto se právě v domovech se zvláštním režimem může vyskytovat vysoké množství osob s diabetem.

Domov pro seniory je pobytová služba určená osobám, které z důvodu věku a snížené soběstačnosti vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb.) Podle vyhlášky číslo 505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách jsou v domovech pro seniory poskytovány tyto činnosti: ubytování; strava; pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, jako je pomoc při oblékání, při přesunu na lůžko, při podávání jídla a podobně; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti, které vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Vyhláška č. 505/2006 Sb.) Za ubytování, stravu a za sjednanou péči platí úhradu klient, maximální výši úhrady stanovuje vyhláška číslo 505/2006 Sb. Po úhradě ubytování a stravy musí osobě zůstat alespoň 15 % z příjmu. Péče je hrazena z poskytovaného příspěvku na péči.

3.4 Sociální práce se seniory s diabetem v domovech pro seniory

V počátcích sociální práce byl výkon činností sociálních pracovníků a pracovníků směřován především na uspokojování základních životních potřeb. O staré lidi bylo tradicí pečovat doma, přitom pečující osoby nebyly ze strany státu nijak podporovány. S rozvojem sociálního státu se v druhé polovině 70. let minulého století přebírá část péče o seniory stát a zároveň se objevuje fenomén podpory pečujících členů rodiny. V dnešní době má tato podpora například podobu příspěvku na péči (viz výše). V přímé péči se momentálně prosazuje přístup orientovaný na klienta. *„Proklamovaným cílem bylo prosadit svobodu volby uživatelů služeb péče tak, aby měli větší kontrolu nad svou vlastní situací.“* (Dudová, 2015, s. 27) Klient má na základě tohoto přístupu větší prostor a pravomoc rozhodovat o tom, jaká péče mu bude poskytována, v jakém rozsahu a jakým způsobem. Zásady tohoto přístupu jsou mimo jiné ukotveny v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách a to v §2 *„Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.“* (Zákon č. 108/2006

Sb.) Práce s klientem v rámci přístupu zaměřeného na osobu znamená „brát lidi vážně v jejich osobité jedinečnost, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby našli své vlastní cesty k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností.“ (Pörtner, 2009, s. 15)

3.4.1 Individuální plánování a naplňování potřeb

Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách v §88 hovoří o povinnostech poskytovatelů sociálních služeb, jako je plánování průběhu poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, vedení písemných individuálních záznamů o průběhu poskytování služby a povinnosti „hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob ... a zapisovat hodnocení a jeho výstupy do písemných individuálních záznamů“. (Zákon č. 108/2006 Sb.) Poskytovatel sociálních služeb má tedy povinnost vést individuální plánování s klienty, o tomto plánování vést záznamy a plán vyhodnocovat společně s klientem. Plánování může být krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé a určují se nejen aktivity, ale i odpovědnost za jejich plnění. (Matoušek, 2007, s. 122)

V rámci individuálního přístupu je nutné mít na paměti specifika cílové skupiny. V případě seniorů s diabetem by měl sociální pracovník brát ohled nejen na aktuální stav kognitivních a fyzických schopností, ale i na specifika choroby diabetes.

Sociální pracovník by měl mít alespoň základní přehled o nemoci diabetes mellitus, měl by znát základní potřeby seniorů s diabetem, možné komplikace a prevenci komplikací, především by měl umět poskytnout první pomoc v případě vzniku hypoglykemie, hyperglykemie a jiných komplikací. Své znalosti a dovednosti by měl mít také možnost konzultovat se zdravotníky a lékaři.

Potřebu správné medikace nevymezuje většinou senior sám, ale specializovaný lékař. Ten je také zodpovědný za správnou kompenzaci, preskripci, správné dávkování a podobně. V pobytových zařízeních si pak mohou léky aplikovat samotní klienti, nebo na základě jejich přání přebírá zodpovědnost zdravotnický personál. Úkolem sociálního pracovníka je zohlednit nutnost aplikace léků v individuálním plánu a při aktivizačních činnostech.

Potřebu dietního stravování opět vymezuje lékař. Klienta informuje o zásadách diabetické diety a o rizicích z jejího nedodržování. V pobytových zařízeních je diabetologická dieta označována číslem 9, sestavováním přiměřeného jídelníčku je pověřen nutriční terapeut.

Sociální pracovník by měl mít základní znalosti dietního stravování, aby při kontaktu s klientem dohlédl na dodržování pitného režimu, na pravidelnost podávání jídla a podobně.

S dietním stravováním souvisí i dodržování dostatečného pravidelného pohybu. Sociální pracovník by měl s ohledem na diabetes zahrnout do individuálního plánu dostatek přiměřených pohybových aktivit, jako jsou procházky, cvičení a podobně. Domovy pro seniory svým klientům nabízejí pohybová cvičení alespoň jednou týdně, úkolem sociálního pracovníka je zajistit dostatek pohybu seniorům i mimo tyto pravidelné aktivity.

Asi nejzásadnější pro sociálního pracovníka je potřeba bezpečí senior s diabetem. Sociální pracovník by měl umět přizpůsobit prostředí seniora tak, aby bylo minimalizováno riziko vzniku komplikací diabetu. Jedná se například o úpravu pokoje klienta tak, aby nemohlo dojít k poranění dolních končetin a ke vzniku diabetické nohy. Je také vhodné, aby byl senior v souladu se zásadami zachování osobních informací jasně označen a byla mu podávána správná dieta. Může se jednat například o barevné rozlišení jmenovky u vstupu do pokoje, náramek a podobně. Pracovník by měl být vždy schopný určit, jestli klient, se kterým komunikuje má diagnostikovaný diabetes (ať už podle náramku, označení na dveřích pokoje nebo tak, že tyto údaje o klientovi ví, pamatuje si je), protože díky tomu může práci s klientem nemoci lépe přizpůsobit a v případě vzniku akutních komplikací poskytnout první pomoc. V domovech pro seniory je sice přítomný zdravotnický personál, ale může při individuální práci s klientem může nastat okamžik, kdy je s klientem sociální pracovník sám. Prostory, kde se klienti pohybují by měly být vybaveny systémem na rychlé přivolání pomoci, při některých komplikacích diabetu (infarkt myokardu, hypoglykemie) mohou hrát první vteřiny a reakce pracovníka zásadní úlohu pro přežití klienta. Sociální pracovník vzdělaný v první pomoci dokáže také lépe popsat, co se s klientem děje a předat tyto informace zdravotníkům. Vzdělání sociálních pracovníků v první pomoci je jedním ze zásadních způsobů zajištění bezpečí klientovi.

Sociální pracovník by měl být také schopný seniora edukovat o diabetu případně by měl umět zajistit edukaci u kompetentní osoby.

Plánování by mělo být také především v souladu s přáním klienta a případně jeho rodiny, v souladu se zájmy, jaké měl v průběhu života před přijetím do služby. Může ale také

nastat situace, kdy klient nebude chtít na tvorbě plánu spolupracovat, bude agresivní, v depresi, bude odmítat služby nebo nebude schopný komunikovat z důvodu smyslového, tělesného nebo mentálního postižení. *“Má-li poskytovatel mezi svými klienty nespolupracujícího klienta, je zásadní zjistit důvody, pro které získal ono označení a dle toho dále postupovat.”* (Hauke, 2014, 35) V souladu se zákonem 108/2006 Sb. a se standardy kvality sociálních služeb by neměl být do žádné sociální služby přijat klient, který službu odmítá a nepotřebuje ji. Pokud se osoba nachází v nepříznivé sociální situaci, a přesto pomoc a službu odmítá, neměl by poskytovatel takovou osobu do svého zařízení přijmout. Mohou ale také nastat situace, kdy klient je v nepříznivé situaci, ale není schopný vlastní situaci a stav posoudit. V takovém případě by měl sociální pracovník jednat s rodinou, a především opatrovníkem dotyčného, avšak stále by měl být brán ohled na přání seniora, jak je uvedeno v příloze 2. vyhlášky číslo 505/2006 Sb.: *“Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;”* (Vyhláška č. 505/2006 Sb.). Dle standardů kvality je tedy při individuálním plánování třeba brát ohled na přání klienta. V případě, že však přání a chování klienta rozporuje vnitřním předpisům (např. domovní řád) a zasahuje do práv jiných osob, přechází pracovník v jednání s klientem od pomoci ke kontrole. *“Kontrola... je nevyhnutelná, účelná a potřebná. Liší se od pomoci tím, že je postavena na zájmech jiných lidí než toho člověka, o kterého je postaráno, jakkoli v běžné řeči říkáme, že je v jeho zájmu, jakkoli je to nevyhnutelné, účelné, potřebné.”* (Úlehla, 2007, s. 20) Sociální pracovník by si měl vždy uvědomovat, jestli se při jednání s klientem pohybuje v kontextu pomoci nebo kontroly. Úlehla rozlišuje čtyři způsoby pomoci: doprovázení (klient si přeje sdílet s pracovníkem svou situaci, pracovník naslouchá, nabízí pomoc na základě klientových přání), vzdělávání (klient přichází s otázkami, pracovník zná nebo dohledává odpovědi na klientovo přání), poradenství (klient hledá možnosti řešení situace, pracovník pomáhá najít nejlepší cesty), terapie (klient přichází s problémem, pracovník věří v klientovi schopnosti a nechává jej prostřednictvím rozhovoru aby sám našel řešení, klienta oceňuje, zplnomocňuje, posiluje); a čtyři způsoby kontroly: opatrování (pracovník zcela přebírá zodpovědnost za klienta, ve všech ohledech jej zastupuje, nevěří v klientovu schopnost postarat se o sebe), dozor (pracovník udal normy, pravidla a kontroluje, jak je klient dodržuje), přesvědčování (pracovník kontroluje

klientovi motivace, postoje, názory, hodnoty a jaké by měl mít) a vyjasňování (pracovník hledá společná témata, vyjasňuje svou pozici, určuje hranice). (Úlehla, 2007, s 33-39)

Praktická část

4 Metody výzkumu

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce bude „zjistit úlohu sociálního pracovníka v domově pro seniory při práci s klienty s chronickou chorobou diabetes mellitus“. Výsledky šetření budou dále vyhodnocovány a navrhovány možné změny v přístupu sociálních pracovníků k chronicky nemocným seniorům.

Hlavní výzkumný cíl je transformovaný do **hlavní výzkumné otázky**: *Jakou má úlohu sociální pracovník při péči o seniory s diabetem mellitus v domově pro seniory?*

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky, budou zvoleny čtyři dílčí výzkumné otázky, které budou formulovány se záměrem zmapovat stávající roli sociálního pracovníka, jakou má v zařízení úlohu a jak s klienty pracuje.

DVO1: Jaké činnosti sociální pracovník ve vybraných domovech pro seniory reálně vykonává?

Touto otázkou bude zjišťováno, jakým činnostem se sociální pracovník v rámci svého působení v organizaci zabývá, jaká je náplň práce sociálního pracovníka v domově pro seniory. Jestli vykonává především administrativní činnosti, plánuje s klienty, vede aktivizační činnosti, nebo vykonává i roli nutričního terapeuta a podobně. Bude zjišťováno také množství času tráveného v přímé péči s klienty oproti času tráveného administrativou.

DVO2: Jaké má sociální pracovník znalosti o potřebách klienta s diabetem mellitus?

Touto otázkou bude zjišťováno vzdělání sociálních pracovníků ve zdravotnictví a v poskytování první pomoci. Také bude ověřována orientace ve speciálních potřebách osoby s diabetes mellitus - jestli sociální pracovníci vědí, co je to za nemoc, jaká má rizika, jaké jsou specifické potřeby nemocného a jak ke klientovi přistupovat.

DVO3: Jak upravuje sociální pracovník individuální plán potřebám chronicky nemocného klienta s diabetem mellitus?

Touto otázkou bude zjišťováno uplatňování znalostí sociálních pracovníků o diabetes mellitus v praxi. Bude zjišťováno, jestli sociální pracovníci vědí, kdo z klientů je diabetik a kde mohou tyto informace získat. V rámci této výzkumné otázky bude také zjišťováno, jak sociální pracovníci upravují individuální plány dle přání a dle nemoci klienta. Dále jestli jsou v rámci individuálního plánu přizpůsobovány aktivity poskytované v zařízení nemoci klienta a jeho specifickým potřebám.

DVO4: Jak sociální pracovníci přistupují k etickým dilematům plynoucím z práce se seniory s diabetes mellitus v domově pro seniory?

Touto otázkou bych chtěla zjistit, jestli, ačkoliv se jedná o dobrovolnou sociální službu, uplatňují sociální pracovníci při práci s nespolupracujícím klientem nástroje v kontextu kontroly (dle Úlehly). Například jak v organizaci funguje kontrola dodržování diety, dodržování pitného režimu, užívání léků, nebo jaké mají sociální pracovníci možnosti v ovlivnění klienta v rámci dodržování terapie a jak se takové situace reálně řeší.

4.2 Transformace výzkumných kroků

V této kapitole následuje transformační tabulka, ve které jsou uvedené tazatelské otázky naformulované směrem k dílčím výzkumným otázkám. Podle odpovědí na tazatelské otázky budou získány odpovědi na dílčí výzkumné otázky a následně i na hlavní výzkumnou otázku.

Hlavní cíl: Zjistit, jakou má úlohu sociální pracovník při péči o seniory s diabetem mellitus v domově pro seniory.		
Dílčí cíle	Podcíle	Tazatelské otázky
	DC I. 1 Zjistit, jaká je náplň práce sociálního pracovníka	TO1: Jaká je Vaše náplň práce v organizaci?

DC 1. Zjistit, jaké činnosti sociální pracovník v domově pro seniory vykonává.	v organizaci domova pro seniory.	
	DC I. 2 Zjistit, jaké množství z celkového pracovního času věnuje pracovník přímé práci s klienty.	TO2: Jaké množství času z pracovní doby trávíte v přímé práci s klientem a jaké administrativou?
	DC I. 3 Zjistit, jaké aktivity sociální pracovník s klientem vykonává.	TO3: Jaké činnosti a aktivity při práci s klientem vykonáváte?
DC 2. Zjistit, jaké má sociální pracovník znalosti o diabetes mellitus.	DC II. 1 Zjistit, jaké má sociální pracovník zdravotnické vzdělání.	TO4: Máte nějaké zkušenosti ve zdravotnictví? Studoval jste nějakou zdravotnickou zaměřenou školu? Absolvoval jste nějaký zdravotnický kurz?
	DC II. 2 Zjistit, jak sociální pracovník zná nemoc diabetes mellitus.	TO5: Jak byste popsali nemoc diabetes mellitus?
		TO6: Jaké může mít diabetes komplikace?
		TO7: Jak byste reagoval(a) na konkrétní komplikace diabetu?

		TO8: Jak můžete předcházet komplikacím při diabetu mellitu?
	DC II. 3 Zjistit, jaká zná sociální pracovník specifika nemoci diabetes mellitus u seniorů.	TO9: Jaké vás napadají specifika péče o seniora s diabetem? Jaké má senior-diabetik potřeby?
DC 3. Zjistit, jak upravuje sociální pracovník individuální plán potřebám chronicky nemocného klienta s diabetem mellitus.	DC III. 1 Zjistit, jestli sociální pracovník má informace o tom, kdo z klientů je diabetik.	TO10: Jak získáte informaci o tom, zda je klient diabetik? Dokážete jmenovat klienty s diabetem?
	DC III. 2 Zjistit, jak jsou v organizaci vypracovávány individuální plány.	TO11: Kdo ve vaší organizaci vypracovává individuální plány?
		TO12: Na základě čeho se individuální plán vypracovává?
	DC III. 3 Zjistit, jak se upravuje individuální plán dle přání klienta a zdravotního stavu.	TO13: Jak se uzpůsobuje individuální plán přání klienta?
TO14: Jak se uzpůsobuje individuální plán nemoci klienta?		

	DC III. 4 Zjistit, jak jsou v zařízení naplňovány specifické potřeby seniorů s diabetem.	TO15: Jak je v zařízení zajištěna potřeba medikace?
		TO16: Jak je v zařízení zajištěna potřeba dietního stravování?
		TO17: Jak je v zařízení naplněna potřeba pohybu?
		TO18: Jak je v zařízení naplněna potřeba edukace?
DC 4. Zjistit, jak sociální pracovníci přistupují k etickým dilematům plynoucím z práce se seniory s diabetes mellitus v domově pro seniory.	DC IV. 1 Zjistit, jak sociální pracovník řeší odmítnutí léčby a diety klientem.	TO19: Jak řešíte situaci, kdy klient odmítá léky nebo diabetickou dietu?
	DC IV. 2 Zjistit, jak v organizaci funguje kontrola nad dodržováním diety a braním léků.	TO20: Jak je kontrolováno dodržování diety klientem? Jak se kontroluje dodržování pitného režimu? Jak je kontrolováno brání léků klientem?
	DC IV. 3 Zjistit, jak může sociální pracovník ovlivnit klienta v rámci dodržování léčby a diety.	TO21: Jaké máte k dispozici prostředky, jak přimět klienta, aby dodržoval dávkování léků, neporušoval dietu a podobně?

4.3 Metodologie výzkumného šetření

Pro získání dat bude zvolen **kvalitativní metodologický přístup**. „*Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím.*“ (Disman, 2011, s. 285) Kvalitativní výzkum je pro naplnění výzkumného cíle této diplomové práce zvolen z důvodu nutnosti sledování velkého množství proměnných a získání uceleného vhledu do problematiky. Pro porozumění problému není nutný velký počet informantů. Situace bude zmapována na malém množství informantů a na základě zjištěných informací bude vytvořena teorie vhodná k dalšímu ověření kvantitativními výzkumnými metodami. Výhodou kvalitativního výzkumu je malá standardizovanost, v průběhu výzkumu mohou být doplňovány další otázky a tím bude sledovaná oblast lépe popsána. „*...posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích.*“ (Disman, 2011, s. 289) A právě o porozumění sociálním interakcím mezi sociálními pracovníci, klienty domova pro seniory s diabetem mellitus a dalšími pracovníky zařízení domova pro seniory v rámci výzkumu půjde.

Pro sběr dat bude využita **technika kvalitativního rozhovoru**, a to **forma polostrukturovaného rozhovoru**. Polostrukturované interview vyžaduje náročnější technickou přípravu, je nutné vytvořit si určité schéma, které je pro tazatele závazné. (Miovský, 2006, s. 159) Částečně standardizovaný rozhovor „*...je založen na předpokladu, že je možno získat stejnou informaci od různých skupin dotázaných rozdílně formulovanými otázkami kladenými navíc v některých případech i v rozdílném pořadí.*“ (Jeřábek, 1993, s. 72-73) Pro účely této diplomové práce je uvedená předem daná struktura a okruhy zájmu výhodou. Zároveň je ale možné zeptat se na detaily, na pocity, postoje a ověřit si správné pochopení odpovědi. Předem připravené okruhy a otázky budou založené na teoretických znalostech uvedených v předchozích částech této diplomové práce, doplňovány budou otázkami zaměřenými na porozumění, postoje a pocity informantů. Významnou výhodou kvalitativního rozhovoru je také vysoká návratnost.

4.4 Výběr informantů

Informanti pro výzkum bakalářské práce budou vybráni **nepravděpodobnostní metodou výběru – záměrným (účelovým) výběrem**. „*...za záměrný (někdy také účelový) výběr*

výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností.“ (Miovský, 2006, s. 135) Pro tento výzkum je kritériem práce na pozici sociálního pracovníka v domově pro seniory.

Aby nedošlo ke zkreslení výsledků výzkumu, bude využita metoda kontrastů – vybraní informanti budou jak z většího zařízení, kde je velký počet klientů na sociálního pracovníka, tak z menšího zařízení, kde je klientů na sociálního pracovníka méně a dají se předpokládat jiné výsledky. Jedná se tedy o stratifikovaný záměrný výběr. *„Základní princip stratifikovaného záměrného výběru vychází z toho, že základní soubor je možné dle vybraných kritérií rozdělit do určitých vrstev. Posléze z těchto vrstev vybíráme zástupce.*“ (Miovský, 2006, s. 136) Jednou vrstvou je pro účely tohoto výzkumu nižší počet klientů na jednoho sociálního pracovníka, druhou vrstvou vyšší počet klientů na jednoho sociálního pracovníka. Základním souborem jsou veškerí sociální pracovníci v domovech pro seniory.

Vybrána budou celkem tři zařízení, jedno zařízení s větším počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka - nad 20 klientů na sociálního pracovníka. Dvě další organizace budou zařízení menšího typu, s maximálně 25. klienty na jednoho sociálního pracovníka. Hranice dvaceti klientů na sociálního pracovníka byla zvolena na základě materiálně technického standardu v sociálních službách vypracovaného MPSV, který uvádí nutnost minimálně 1 sociálního pracovníka na 30 lůžek v pobytovém zařízení, ideálně však 1,5 sociálního pracovníka na 30 lůžek (tedy 1 sociální pracovník na 20 lůžek).

Zařízení pro výzkum budou vybrána zařízení v Královéhradeckém kraji, kde je zřizovatelem Královéhradecký kraj. Z většího zařízení budou osloveni 3 informanti - sociální pracovníci, v menších zařízeních se bude jednat vždy o dva informanty. Celkem by se mělo jednat o 7 informantů - sociálních pracovníků služby domova pro seniory v Královéhradeckém kraji.

4.5 Etické otázky a rizika výzkumu

Před realizací samotného výzkumu musí jsou v první řadě osloveny vybrané organizace a požádány o možnost provedení výzkumu. Vedení organizací je seznámeno s obsahem diplomové práce, realizací výzkumného šetření a cíli práce. Vedení organizací mohou ve výzkumu spatřovat riziko ohrožení dobré pověsti zařízení a ohrožení ze strany nepřízně sponzorů, kdyby se například ukázalo, že sociální pracovníci nemají dostatečné znalosti

a dovednosti pro jednání s klienty s diabetem mellitus. Z toho důvodu bude vedení nabídnuta možnost vystupovat anonymně.

Stejně tak sociální pracovníce mohou mít obavu, že budou za neznalost problematiky péče o seniory s diabetem mellitus postihnuti, proto budou veškerá jména anonymizována. Pracovnice ze zařízení s větším množstvím lůžek budou označovány kódem VZ1, VZ2 a VZ3, pracovníce ze zařízení s menším počtem klientů budou označovány: 1MZ1, 1MZ2 a 2MZ1 a 2MZ2. Informantům budou poskytnuty opět potřebné informace o výzkumu, získán jejich souhlas s účastí na výzkumu a přepisem nebo nahráním rozhovoru. Pracovnicím bude také vysvětleno, jak bude s daty nakládáno, že nebudou nikde použita jejich reálná jména, ani jiné informace, které by mohly vést k identifikaci osoby. Informantům bude také nabídnuto zaslání výsledků výzkumu a celé diplomové práce. Rozhovory budou probíhat v soukromí přímo v zařízeních a pracovníci budou mít možnost rozhovor kdykoliv ukončit.

4.6 Zahájení výzkumu

Před samotným zahájením výzkumu bylo e-mailovou komunikací osloveno vedení tří vytypovaných organizací poskytující službu domova pro seniory. Byly uvedeny záměry a cíle výzkumu i možnost vystupovat anonymně. Ve dvou ze zvolených zařízeních bylo provedení výzkumu umožněno, jedno ze zvolených zařízení odmítlo účast na výzkumu. Bylo tedy osloveno e-mailovou komunikací jiné zařízení, které souhlasilo s realizací výzkumu. Toto náhradní zařízení je zařízením menšího typu s 25ti lůžky, poskytující službu domova pro seniory a momentálně jednou sociální pracovnící. Z důvodu pouze jedné sociální pracovníce v tomto zařízení byl snížen počet informantů výzkumu na 6. Jedno z vybraných zařízení si přálo využít možnosti anonymity, z toho důvodu budou anonymizována všechna tři zařízení.

Všechna tři zařízení jsou organizacemi Královéhradeckého kraje, zřizovatelem je Královéhradecký kraj. Jedno ze zařízení je zařízením většího typu, s celkovým počtem lůžek 340, z toho 282 lůžek ve službě domova pro seniory. V tomto zařízení byly provedeny tři polostrukturované rozhovory, informanti budou označeni kódy VZ1, VZ2, VZ3.

Dalším zařízením, ve kterém byl veden výzkum bylo zařízení menšího typu (dále jako 1MZ), celkový počet lůžek ve službě domova pro seniory je 48. Sociální pracovníce, se kterými v tomto zařízení byl veden výzkum budou dále označovány jako 1MZ1 a 1MZ2.

Třetím zařízením je již zmíněným zařízením menšího typu (dále označováno jako 2MZ) s 25ti lůžky ve službě domova pro seniory, informant z tohoto zařízení bude označen jako 2MZ1.

4.7 Průběh výzkumu

Před zahájením výzkumu byly osloveny e-mailem konkrétní sociální pracovníce a dohodnut s nimi termín a místo setkání. Všechny rozhovory byly realizovány přímo v zařízeních, v uzavřených kancelářích pracovníků, kde byl výzkumník vždy pouze s informantem. Bohužel z důvodu provádění výzkumu většinou v pracovní době pracovníků nebylo možné zabránit vyrušení v průběhu rozhovoru.

Při příchodu na pracoviště sociální pracovníce vždy proběhlo seznámení s informantem, byl znovu představen cíl a nastíněn průběh rozhovoru. Informanti také byli ujištěni o zachování anonymity a obeznámeni s možností klást otázky nebo na otázky neodpovídat a také s možností výzkum kdykoliv ukončit. Před zahájením rozhovorů byl vždy vyžádán souhlas s nahráváním rozhovorů.

V průběhu polostrukturovaného rozhovoru byly pokládány otázky z transformační tabulky, v případě neporozumění respondentem některé z otázek nebo termínů byla poskytnuta vysvětlení, případně byla otázka položena jinak. Všechny rozhovory byly po předchozím souhlasu nahrávány a trvaly průměrně 20 minut. Rozhovory probíhaly v průběhu března 2019, dle časových možností sociálních pracovníků. V rámci jednoho zařízení byl prováděn výzkum se sociálními pracovníci v jeden den.

5 Interpretace získaných informací

Kapitola se věnuje vyhodnocení dat získaných výzkumem. Jsou popsány a vyhodnoceny dílčí cíle uvedené v transformační tabulce, doslovné odpovědi informantů jsou uvedené v uvozovkách kurzívou. Výpovědi informantů jsou dále interpretovány v rámci jednotlivých zařízení, ale i porovnávány zařízení navzájem.

5.1 Interpretace prvního dílčího cíle

Prvním dílčím cílem je **“zjistit, jaké činnosti sociální pracovník v domově pro seniory vykonává”**. V rámci tohoto dílčího cíle byla zjišťována náplň práce sociálního pracovníka v jeho organizaci, činnosti a množství času tráveného v přímé práci s klientem.

TO1: Jaká je Vaše náplň práce v organizaci?

První tazatelskou otázkou bylo zjištěno, že se náplň práce sociálního pracovníka v domově pro seniory je různá nejen v rozdílných zařízeních, ale liší se i činnosti sociálních pracovníků v rámci jednoho zařízení. V rámci jednoho zařízení se jeden sociální pracovník zaměřuje více na administrativní činnosti, aktivity spojené s žadateli o službu, sociální šetření u žadatelů o služby - 1MZ1: *„...na starost mám spíš příjem žadatele, takže příjem žádostí, sociální šetření doma, v nemocnici a nebo i v jiné službě, pak napsání dopisu o zařazení nebo nezařazení a třeba i doporučení jiného zařízení. Pak taky spolupracuji na tom, kdo je nakonec přijatý a když se někdo přijme, tak všechny věci kolem toho, jako podepsání smluv, vyřízení změny trvalého pobytu, komunikace s úřady a tak..”*, druhý pracovník se naopak věnuje více přímé práci s klienty v rámci aktivizačních 1MZ2: *„Já jsem zůstala hodně u věcí, co jsem dělala jako pečovatelka předtím. Vedu pracovní terapie, chodím na pokoje i roznášet jídlo nebo si povídat, starám se o různé programy. Třeba teď jsme tu měli harmonikáře nebo školku, tak jim volám a domlouvám program a termíny...”*. V malém zařízení, kde je pouze jeden sociální pracovník se náplň práce orientuje především na administrativní činnosti 2MZ1: *„...přijímám žádosti, chodím na šetření, jsem v komisi na rozhodování o přijetí klienta, dělám úhrady pobytu...vyplácení klientům vlastně jejich důchody, co nám chodí hromadným seznamem....Hlídám revize televizi, rádií. Mám pod sebou terapeutky...*

jednám s úřadem práce, zasilám zprávy o nepřítomnosti, zasilám zprávy na soud ohledně úmrtí klientů.”

TO2: Jaké množství času z pracovní doby trávíte v přímé práci s klientem a jaké administrativou?

Při odpovídání na druhou výzkumnou otázku se všichni sociální pracovníci shodli, že času tráveného přímo s klientem je oproti času věnovanému administrativě velmi málo. Více času s lidmi tráví sociální pracovníci, které přímo vedou nějaké aktivizační činnosti. Sociální pracovníci ve všech zařízeních uvedly, že nejvíce času mezi lidmi tráví při sociálních šetřeních VZ1: *„...jen když je šetření, to jsem třeba celý den mezi lidmi, od rána do večera, mezi tím jen třeba přijedu, najím se a zase někam jedu”*. Sociální pracovníci pocítují potřebu věnovat se klientům více, popisují i tlak z vedení organizace, aby se věnovali více přímé práci s klientem VZ3: *„za nimi na pokoje chodí hlavně klíčový pracovník, takže pečovatelka. Měli bychom jim třeba i předčítat, chce se to teď hodně po nás, ale není na to popravdě moc čas. Jako já bych sama chtěla, protože je to rozhodně příjemnější, než bejt celý den ve smlouvách, tak si s nima povídat, číst, vystříhovat, ale stihnout se to v pracovní době nedá”*. 1MZ1: *„Měla bych chodit taky víc na pokoje, ale to se kvůli papírům nedá vůbec stihnout, takže to jen když je volněji.”* Jeden z informantů vypověděl, že se klientům věnuje hlavně po pracovní době 2MZ1: *No já pak (když se věnuji klientům víc) mám zas hodiny navíc. Ale je to o tom, jestli s nima chcete bejt nebo nechete...Je pravda, že mě doma děti nebrečej, takže mě nevadí, když tady zůstanu dýl. Když si s nima popovídám ...”*. Z výpovědí sociálních pracovníků lze vyvodit, že průměrně pouze 25 % celkového pracovního času tráví přímo práci s klienty, zbytek pracovní doby zabere administrativní a další činnosti spojené s výkonem práce.

TO3: Jaké činnosti a aktivity při práci s klientem vykonáváte?

Touto otázkou byla zjišťována konkrétní náplň činností přímé péče s klientem. Ve všech zařízeních se jednalo o činnosti spojené s administrativou - vysvětlení a podepsání smluv, roznášení pošty. Některé sociální pracovníci se věnují také aktivizačním činnostem 1MZ2: *„Děláme hlavně dílničky, motorická cvičení, hraje deskovky, povídáme si na nějaká témata třeba z jejich mládí...”*, VZ2: *„dělám taky aktivizace, jako třeba různé kroužky, procházky, kulturní program, tance.”*, jinde vykonávají aktivizační činnosti pracovníci v sociálních službách 2MZ: *„dřív jsme dělali hodně různý práce s nima*

(klienty), něco vytvářeli, malovali, pletli. Teď to dělají aktivizační terapeutky (pracovnice v sociálních službách)”.

5.1.1 Shrnutí dílčího cíle 1

Z rozhovorů ohledně náplně práce sociálního pracovníka v domově pro seniory vyplývá, že ve větších i menších zařízeních je náplň práce sociálního pracovníka podobná. Sociální pracovník vykonává činnosti spojené s vyřizováním žádostí žadatelů o službu, sociální šetření, příjem klienta, komunikace s úřady a navazujícími institucemi, pomoc klientovi s vyřizováním osobních záležitostí, jako je domluvení kontroly u specializovaného lékaře, vydání nového občanského průkazu, komunikace s telefonním operátorem nebo drobné nákupy. Administrativní zátěž hodnotí shodně všichni sociální pracovníci jako nadměrnou, neúměrnou, cítí potřebu (ať už vymezenou sebou samým nebo zaměstnavatelem) věnovat se více klientům v přímém kontaktu. Přímě s klienty jsou sociální pracovníci ve všech zařízeních v kontaktu při roznášení pošty na pokoje, v některých zařízeních dochází sociální pracovníci na pokoje klientů i mimo tuto činnost, s klienty si povídají, čtou nebo pomáhají s podáváním stravy. V některých zařízeních bez ohledu na počet klientů na jednoho sociálního pracovníka, vykonávají sociální pracovníci i činnosti aktivizačního pracovníka, jinde se těmto činnostem věnují pracovníci v sociálních službách.

5.2 Interpretace druhého dílčího cíle

Druhý dílčí cíl zní: **“Zjistit, jaké má sociální pracovník znalosti o diabetes mellitus.”**

Druhým dílčím cílem bylo zjišťováno, jaké má sociální pracovník vzdělání ve zdravotnictví, jak rozumí nemoci diabetes mellitus a jaká zná specifika cukrovky u seniorů.

TO4: Máte nějaké zkušenosti ve zdravotnictví? Studoval jste nějakou zdravotnickou zaměřenou školu? Absolvoval jste nějaký zdravotnický kurz?

Čtvrtou výzkumnou otázkou bylo zjištěno, že nikdo z vybraných informantů neabsolvoval žádnou zdravotnickou školu (ani středoškolské, ani vysokoškolské vzdělání). Někteří z informantů absolvovali kurz první pomoci v rámci vysokoškolského vzdělání, ani v jednom případě se ale nejednalo o certifikovaný kurz, ale spíše o teoretickou blokovou výuku VZ1: „*myslím že něco na škole jsme měli, ale jen jako*

zdravovědu nebo tak, nepamatuju si, že bysme něco zkoušeli a tak.” Dvě respondentky uvedly, že absolvovaly kurz první pomoci v rámci dalšího vzdělávání sociálních pracovníků dle paragrafu 111 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. VZ2: „...kurzy první pomoci nám pravidelně jakoby dopřávají, takže teoreticky jakoby vím, prakticky snad bych se snažila nějak zareagovat... naposledy jsem měla (zážitkový kurz první pomoci) zhruba dva měsíce zpátky, a jinak asi každý rok myslím.” 1MZ1: „na kurzu jsem byla dvakrát, naposledy vloni (2018)... jsem tu 11 let a měla jsem ho dvakrát, ale z mého podledu by to bylo dobrý určitě každý rok. Jedna z respondentek uvedla, že nemá žádnou zkušenost s kurzem první pomoci VZ3: „Jestli ještě někdy na základce, ale to už bych ani nepočítala, takže ani nic. Což mi teď dochází, že asi není dobrý.”

TO5: Jak byste popsali nemoc diabetes mellitus?

TO6: Jaké může mít diabetes komplikace?

TO7: Jak byste reagoval(a) na konkrétní komplikace diabetu?

TO8: Jak můžete předcházet komplikacím při diabetu mellitu?

Třemi výše uvedenými tazatelskými otázkami bylo zjišťováno, jak zná sociální pracovník nemoc diabetes mellitus. Všechny dotázané sociální pracovnice popisovaly diabetes podobně, jako nemoc, při které se musí omezit příjem cukru. Složitější popis nemoci uvedl pouze jeden informant 1MZ1: „...můj otec ji má (cukrovku), moje babička měla, takže vím, že to je nemoc metabolismu cukru v krvi. Zjišťuje se to odběrem krve, kdy mají v krvi hodně cukru, pak musí držet dietu, berou léky, nebo si musí píchat inzulin.”

Informantky dokázaly jmenovat a popsat několik komplikací diabetu, pět pracovnic jmenovalo akutní komplikaci hypoglykemického šoku, na kterou by reagovaly podáním cukru, například 1MZ1: „... (diabetik) může upadat do šoku, ať už kvůli málo nebo hodně cukru v krvi, třeba když si dají dvakrát inzulin, nebo na něj zapomenou. Tam je důležité rychle přivolat pomoc a u hypoglykemie dát třeba kostku cukru...” nebo VZ1: „V minulé práci se mi stalo, že jsem našla paní v záchvatu glykemickém, tak vím, že měla náramek, kde bylo uvedené, že je diabetik a pomohlo dát rychle na lžičku cukr a pak se napila ještě hodně sladkého čaje.” Dvě informantky jmenovali také komplikaci diabetické nohy a zhoršené citlivosti a hojivosti ran na končetinách. 2MZ1: „...nějaký rány se jim objevěj ani nevědí jak. A u diabetiků se hůř hojej otevřený rány.” Všichni informanti shodně uvedli, že by volali pomoc ať už zdravotníků v zařízení, nebo integrovaného záchranného

systému na telefonu 155. Na otázku, jak by informanti předcházeli komplikacím diabetu většinou dokázali jmenovat přísné dodržování diety, jedna informantka zmínila i hlídání pitného režimu, další možnosti žádného informanta nenapadly. Znalosti informantů nebyly nijak závislé na počtu klientů a velikosti zařízení.

TO9: Jaké vás napadají specifika péče o seniora s diabetem? Jaké má senior-diabetik potřeby?

Na devátou tazatelskou otázku neuměl žádný z informantů odpovědět. Nejčastěji se opakovaly odpovědi uvedené v páté a šesté tazatelské otázce, především byla jmenována potřeba dietního stravování VZ3: „*Nad tím jsem nikdy nepřemýšlela, že to může být u seniorů jinak, takže mě napadá třeba jen víc dodržovat dietu? Nic mě nenapadá.*”. V podobném smyslu se neslo všech šest výpovědí sociálních pracovníků. Sociální pracovnice tedy nevědí, jaká jsou specifika péče o seniora s diabetem.

5.2.1 Shrnutí dílčího cíle 2

Druhý dílčí cíl měl zjistit znalosti sociálních pracovníků v poskytování první pomoci a vědomosti o nemoci diabetu. Zvolení informanti neabsolvovali zdravotnickou školu, kurz první pomoci absolvovali sociální pracovníci nejčastěji v rámci vysokoškolského vzdělání (v oboru sociální práce) nebo v rámci dalšího vzdělávání sociálních pracovníků. Sami sociální pracovníci vyhodnocovali četnost a rozsah vzdělávání v první pomoci jako nedostatečný. Znalosti o diabetu byly napříč organizacemi pouze na základní úrovni, sociální pracovníci chápou potřebu dietního stravování diabetika, vědí, že mohou diabetici upadat do šoku. První pomoc by byla schopna poskytnout diabetikovi půlka informantů, a to pouze v případě hypoglykemického šoku. Všechny sociální pracovnice shodně vypověděli, že by prvně volali o pomoc. Nízké znalosti o diabetu a poskytnutí první pomoci přitom nebylo nijak závislé na četnosti a rozsahu vzdělání v první pomoci, ale spíše na osobní zkušenosti s touto nemocí.

5.3 Interpretace třetího dílčího cíle

Třetím dílčím cílem je: **“Zjistit, jak upravuje sociální pracovník individuální plán potřebám chronicky nemocného klienta s diabetem mellitus.”**

Třetím dílčím cílem bylo zjišťováno, jestli sociální pracovník má možnost zjistit o klientovi, že má diagnostikovaný diabetes a jestli si tuto skutečnost o klientech

uvědomuje. Dále bylo v tomto dílčím cíli zjištěno, jak se v dané organizaci vypracovávají individuální plány (kdo a na základě čeho je vypracovává) a jak tyto individuální plány naplňují specifické potřeby seniorů s diabetem mellitus.

TO10: Jak získáte informace o tom, zda je klient diabetik? Dokážete jmenovat klienty s diabetem?

Na desátou tazatelskou otázku odpovídali informanti různě, výpovědi se lišily nejen mezi zařízeními navzájem, ale i v rámci jednoho zařízení. Například jedna sociální pracovníce v jednom zařízení vypověděla, že nemají přístup ke zdravotním údajům o klientech VZ1: „...to (informaci o nemoci) my nemáme, to mají jen sestry na zdravotním a to nám nikdo neřekne...”, jiná sociální pracovníce ve stejné organizaci informace měla a měla i přehled o tom, kdo z jejích klientů je diabetik, aniž by nahlédla do složek VZ2: „Tyto informace samozřejmě máme k dispozici z různých zdrojů, můžeme se doptat na zdravotním úseku na rizikovější případy, kde třeba můžou kolabovat a tak. Klienti sami nám to kolikrát i řeknou, že mají cukr a třeba nemůžou něco sladkého a pak na pokojích to je u jména u dveří uvedené barevným puntíkem podle diety, jakou mají. Tak si to podle toho můžu vyvodit. Mám na starost hodně klientů, takže u všech to z hlavy nevím, ale u těch hodně rizikových ano, to můžu jmenovat i z hlavy.” Odlišnost výpovědí v rámci jedné organizace by se dala vysvětlit odlišnou délkou praxe v oboru samotných sociálních pracovníků a rozdílnými vztahy na pracovištích na různých odděleních. I v menších zařízeních hrála roli doba působení pracovníka v zařízení 1MZ1: „Věřím, že dokážu z pravidla říct, kdo má cukrovku, jistá si nebudu u všech, hlavně u novějších klientů to ještě nemám zažitý...”, 2MZ1: „Uvědomuju si u některých, ale úplně všechny bych asi nedala... Ale tím, že dělám cedulky pro kuchyň, tak se tohle všechno ke mně dostává. A navíc ještě tady máme pro diabetiky jinou úhradu. Takže jsem schopná si to zjistit i takhle, protože vlastně dostávají stravu navíc.”

TO11: Kdo ve vaší organizaci vypracovává individuální plány?

Vyskytovaly se dvě různé odpovědi na tuto tazatelskou otázku, buď vypracovávají v organizaci individuální plány sociální pracovníce - VZ1: „Dřív to (individuální plán) dělaly pečovatelky, teď, velká změna, to děláme my (sociální pracovníci).” VZ2: „Plán děláme my, jako sociální pracovníci - říkáme tomu plán péče...” nebo zpracovávají

individuální plány pracovníci v sociálních službách 1MZ2: „...to (individuální plán) my neděláme, vypracovává ho personál přímé péče, vždycky klíčový pracovník toho klienta”

TO12: Na základě čeho se individuální plán vypracovává?

Na dvanáctou tazatelskou otázku se shodovaly všechny výpovědi informantů. Individuální plán je ve všech vybraných zařízeních výsledkem multidisciplinárního týmu, jehož součástí je sociální pracovník, klíčový pracovník (pracovník v sociálních službách), zástupce zdravotnického personálu, klient a součástí může být i rodina klienta, pokud si to přeje klient, nebo má klient problémy s komunikací.

TO13: Jak se uzpůsobuje individuální plán přání klienta?

TO14: Jak se uzpůsobuje individuální plán nemoci klienta?

Na dvě výše zmíněné tazatelské otázky se opět odpovědi informantů převážně shodovaly. Individuální plán se ve všech zvolených zařízeních sestavuje s klientem dle jeho přání, preferencí a schopností - 2MZ1: „*My to děláme tak, že já zpracovávám první individuální plán podle toho přednástupního sociálního šetření. Tam já se ptám na všechny informace, co potřebuju k tomu plánování, jak s tím klientem jednat, co je schopen, co neschopen. Co je potřeba aby dělal personál.*”; VZ2: „*Snažíme se péči nastavit tak, aby jim (klientům) byla šitá na míru. Podle toho, co ještě zvládnou a co ne a podle toho, co chtějí.*” Nemoci klienta se přizpůsobuje individuální plán také ve všech zařízeních stejně, podle toho, co daný klient zvládá a nezvládá. Díky tomu, že se na individuálním plánování podílejí i zdravotníci by měl být individuální plán přesně přizpůsoben specifickým potřebám seniora.

TO15: Jak je v zařízení zajištěna potřeba medikace?

TO16: Jak je v zařízení zajištěna potřeba dietního stravování?

TO17: Jak je v zařízení naplněna potřeba pohybu?

TO18: Jak je v zařízení naplněna potřeba edukace?

Čtyři uvedené tazatelské otázky slouží ke zjištění, jak jsou naplňovány specifické potřeby seniorů s diabetem v zařízení pro seniory. Sociální pracovnice se shodují, že potřebu medikace zajišťuje zdravotnický personál v zařízení. Všechna zvolená zařízení mají dojednaného svého smluvního lékaře, který do zařízení může za klienty docházet a

zdravotní stav konzultovat. 1MZ2: „*Doktora máme pana X, chodí jednou týdně, pokud se něco děje, tak je kolikrát schopný i na zavolání dorazit. Jinak se o léky starají sestřičky, ty je myslím klientům dávají přímo...*”

Možnosti dietního stravování jsou podle všech informantů stejné - senioři mají možnost zvolit si na základě doporučení od lékaře diabetickou dietu. Jestli ale budou tuto dietu mít a jestli ji budou dodržovat je ale na klientech - VZ3: „*Oni si o tu dietu můžou říct, je teda dražší, kvůli druhý večeri, ale když mají cukrovku a řeknou, že chtějí normální stravu, tak je nutit nebudeme. Stejně tak sladký nehlídáme, jestli si nekupují, většinou jim to stejně rodina nosí. Tady jsou prostě jako doma, můžou si dělat co chtějí.*”. V některých zařízeních navíc kontroluje důsledně pitný režim 1MZ2: „*Co vím, tak pečovatelky si dělají čárky, kolik konvic kdo třeba už vypil a třeba se lidí i ptají a kontrolují aby dost pili. My jim na různých aktivitách taky pořád lijeme čaje a vodu, pro diabetiky máme čaj třeba neslazený a tak.*”

Potřeba pohybu se v zařízeních mírně liší, obecně se ale informanti shodují, že nepřizpůsobuje pohyb nemoci klienta, ale spíš jeho schopnostem. Klienti mají ve všech zařízeních možnost chodit na pohybové aktivity jako jsou různé cvičící kroužky, taneční kroužky, jóga pro seniory a podobně. Tyto aktivity řídí buď vyškolená zdravotní sestra, specializovaný aktivizační pracovník (pracovník v sociálních službách), nebo fyzioterapeut. Opět platí, že na aktivity mohou docházet klienti podle vlastního přání a zdravotního stavu, nikdo klienta na aktivity nenutí chodit.

Nejvíce rozporuplných odpovědí bylo na TO18 - zajištění edukace v zařízení. Sociální pracovníce většinou nevěděli, kdo by měl klienta upozorňovat na charakter a rizika diabetu, častou odpovědí bylo, že by měl edukovat lékař VZ1: „*Tyjo...nevím, to má dělat asi doktor ne? Nebo sestry? No já snad ne, já nevím, co bych jim řekla...*” Obecně jsou sociální pracovníce schopny klienta varovat, že daná potravina nespadá do diabetické diety a že by měl dodržovat pitný režim, ale podrobnější edukace není žádný z informantů schopen.

5.3.1 Shrnutí dílčího cíle 3

Odpovědi u třetího dílčího cíle se v různých zařízeních nijak nelišily, počet klientů na jednoho sociálního pracovníka nehrál v odpovědích žádnou roli. Větší přehled o svých klientech mají sociální pracovníci, kteří v zařízení pracují delší dobu, ti dokáží získat

informace o nemoci klienta a dokáží jmenovat klienty s diabetem. Ukázalo se, že ti sami sociální pracovníci jsou také spíše schopni alespoň základní edukace klienta o diabetu.

Individuální plán se zpracovává podobně ve všech zařízeních, jedná se o výsledek multidisciplinárního týmu, kdy zodpovědnost za výslednou podobu plánu má buď sociální pracovník, nebo klíčový pracovník klienta. Ve zpracování plánu má zásadní slovo klient a jeho zdravotní stav. Prostřednictvím individuálního plánu bývají částečně naplňovány specifické potřeby seniora s diabetem, sociální pracovníci si ale tyto potřeby neuvědomují a v individuálním plánu tedy nebývají zmiňovány explicitně. Jedná se právě o zmíněnou potřebu edukace seniora s diabetem, které nejsou sociální pracovníci téměř vůbec schopni zajistit a zdravotnický personál nemá dostatek času se klientovi na této úrovni věnovat.

5.4 Interpretace čtvrtého dílčího cíle

Čtvrtým dílčím cílem je: **“Zjistit, jak sociální pracovníci přistupují k etickým dilematům plynoucím z práce se seniory s diabetes mellitus v domově pro seniory.”**

Čtvrtým dílčím cílem bylo zjišťováno, jak sociální pracovníci řeší nespolupracujícího klienta, například jak se řeší situace, když klient odmítá léčbu diabetu, nedodrжуje dietu a podobně. Sociální služba domova pro seniory je dobrovolná, zároveň si ale senior nedodrжováním terapie může způsobit vážné zdravotní komplikace a dokonce smrt. Čtvrtým dílčím cílem bylo zjistit, jak sociální pracovníci řeší etické dilema zasáhnutí či nezasáhnutí při nedodrжování doporučené terapie při diabetu.

TO19: Jak řešíte situaci, kdy klient odmítá léky nebo diabetickou dietu?

Odpovědi na devatenáctou tazatelskou otázku jsou u všech informantů shodné - sociální pracovníci nijak do situace nezasahují, dodrжování diety je jen na klientovi, stejně tak odmítání léků. Sociální pracovnice se také shodují, že většinou klienta pouze upozorní, že mají diabetes a že by neměli sladké. Jiné zásahy ale neprovádějí. VZ2: *„... není to tu jako v nemocnici, nic jim zakázat nemůžeme, takže jim spíš jen v dobrém řekneme, že mají přeci tu cukrovku a že by neměli třeba slazenou minerálku, ale víc si to asi můžou řešit jen sestry, když nechtějí brát prášky. Musím říct, že u nás pomáhá takový jakoby pohrození, co by na to řekl pan doktor... co řekne pan doktor, to platí. A ty autority se oni trochu boje.”*

TO20: Jak je kontrolováno dodržování diety klientem? Jak se kontroluje dodržování pitného režimu? Jak je kontrolováno braní léků klientem?

I na dvacátou otázku se výpovědi informantů shodují, že kontrolu léků obstarává zdravotnický personál, pitný režim a dietu pak hlídají pracovníci v sociálních službách. Co se týče diety a pitného režimu, v některých zařízeních se kontroluje množství zkonsumovaného jídla a pití pomocí zaznamenávacích tabulek, v jiných zařízeních se tyto údaje kontrolují pouze u klientů s rizikovějším zdravotním stavem - 1MZ1: *„Pracovníci v přímé péči pak kontrolují, kolik snědli jídla a pití, ale ne teda u všech, to by zabralo hrozně času. Takže jen u těch rizikových, co třeba nějakou delší dobu moc nejedí, co mají nemocný ledviny, a tak asi.“*

TO21: Jaké máte k dispozici prostředky, jak přimět klienta, aby dodržoval dávkování léků, neporušoval dietu a podobně?

Opět, stejně jako u předchozích dvou otázek, se odpovědi informantů shodují - sociální pracovníce nemají k dispozici žádné prostředky, jak klienta přimět dodržovat doporučenou terapii. Služba poskytovaná domovem pro seniory je dobrovolná a nemohou nijak zasáhnout do práva klienta nedodržovat doporučenou léčbu. Zasáhnout mohou pouze v momentě, kdy svým chování klienti porušují řád služby, který podepsali při uzavření smlouvy. VZ2: *„My nic nemůžeme, prostě tu jsou jako doma. Když doma budou jíst sladký, tak je nikdo taky nevyhodí. My můžeme zasáhnout jen když porušují řád, řeší to sociální pracovník, takže si chci promluvit, co se stalo, jak se to stalo a tak... ale ne kvůli dietě nebo lékům.“*

5.4.1 Shrnutí dílčího cíle 4

V odpovědích na otázky čtvrtého dílčího cíle se všechny sociální pracovníce shodovaly, že v dilematu zasáhnutí či nezasáhnutí do situace, kdy klient odmítá terapii diabetu volí možnost nezasáhnout. Respektive dobrovolnost služby domova pro seniory neumožňuje sociálním pracovníkům uplatňovat legitimně nástroje kontroly, a tedy zasáhnutí do situace. Sociální a zdravotní pracovníci nespolupracujícího klienta v problematice diabetu a možných rizik pouze vzdělávají (v kontextu pomoci dle Úlehly), neuplatňují nástroje kontroly.

Závěr

Bakalářská práce byla zpracována na téma Sociální práce se seniory s diabetes mellitus, zaměřovala se na aktuální úlohu sociálního pracovníka při práci se seniory s diabetem.

Hlavním cílem bylo *„zjistit formou kvalitativního interview se sociálními pracovníky domova pro seniory specifika sociální práce při práci se seniory s diabetes mellitus.“* K zodpovězení hlavního cíle sloužily čtyři dílčí cíle: První dílčí cíl *„zjistit jaké činnosti obecně sociální pracovník v domově pro seniory vykonává“*, druhý dílčí cíl *„zjistit, jaké má sociální pracovník znalosti o diabetes mellitus“*, třetí dílčí cíl *„zjistit, jak upravuje sociální pracovník individuální plán potřebám chronicky nemocného klienta s diabetes mellitus“* a čtvrtý dílčí cíl *„zjistit, jak sociální pracovníci přistupují k etickým dilematům plynoucím z práce se seniory s diabetes mellitus v domově pro seniory“*.

Teoretická část se věnovala chorobě diabetes mellitus - jejím projevům, diagnóze a možným akutním a chronickým komplikacím. Poté byl popsán proces stárnutí, jeho fyziologické, psychické i sociální změny. Třetí část byla zaměřena na specifika diabetes mellitus ve stáří, tedy specifickým potřebám ve stáří, zdravotní a sociální politice u této cílové skupiny a popsána byla především sociální služba domova pro seniory a úloha sociálního pracovníka v zařízení.

Praktická část se věnovala zodpovězení hlavního cíle bakalářské práce, který je totožný s výzkumným cílem. Odpovědi byly získány prostřednictvím kvalitativní výzkumné strategie, formou polostrukturovaného rozhovoru. Informanti sdělovali své zkušenosti a názory k danému tématu. Z prvního dílčího cíle vyplynulo, že se sociální pracovník při výkonu sociální práce v zařízení pro seniory věnuje především administrativním činnostem, ačkoliv je na ně vyvíjen tlak od vedení organizace věnovat se přímé práci s klientem, není na to ve vymezené pracovní době dostatek času. Samy sociální pracovnice vyzvaly potřebu, věnovat se přímé péči více.

Z druhého dílčího cíle lze vyvodit závěr, že jsou sociální pracovnice nedostatečně vzdělané ve zdravotní problematice, ačkoliv se pohybují v prostředí, kde jsou s lidmi s onemocněním v kontaktu denně. Vlastní vzdělání v poskytnutí první pomoci vyhodnocují samy sociální pracovnice jako nedostatečné. Ani vzdělanější sociální pracovnice v problematice první pomoci nejsou schopny popsat nemoc diabetes mellitus, jeho projevy a komplikace. Spíše než četnost absolvovaných kurzů první pomoci hraje roli osobní

zkušenost s nemocí - pokud sociální pracovnice má osobní zážitek s diabetem (ať už v rodině nebo u sebe samotné), dokáže nemoc a její rizika lépe popsat. Na akutní komplikace diabetu by všechny informantky reagovali voláním o pomoc, samy by dokázaly reagovat pouze u hypoglykemického šoku podáním cukru.

Výsledkem třetího dílčího cíle bylo zjištění, že je individuální plán zpracováván v multidisciplinárním týmu, jehož členy jsou sociální pracovníci, pracovníci přímé péče, ale i zdravotníci a klient; zodpovědnost za výslednou podobu individuálního plánu má sociální pracovník, nebo klíčový pracovník klienta. Plánování probíhá především na základě klientova přání a díky účasti zdravotnického personálu je zohledňován zdravotní stav klienta. V rámci individuálního plánu se však neřeší specifické potřeby plynoucí z diabetu u seniorů, tyto potřeby jsou naplňovány pouze pokud je klient specifikuje sám. Všechna zařízení však klientům s diabetem umožňují naplňovat potřeby medikace (díky docházení smluvního lékaře a přítomnosti zdravotních sester), potřeby dietního stravování (klient má možnost mít diabetickou dietu) a potřebu pohybu (klient má možnost chodit na nabízené fyzické aktivity). Hůře je naplňována potřeba edukace seniora v problematice nemoci - sociální pracovníci nemají dostatek znalostí, aby mohli klienta edukovat a zdravotnický personál zase nemá dostatek času.

Ze čtvrtého dílčího cíle vyplynulo, že sociální pracovníci ve zvolených organizacích upřednostňují princip dobrovolnosti služby a nezasahují tedy do práv klienta. Pokud se klient rozhodne porušovat lékařem doporučenou terapii, mohou mu být vysvětlena možná následná rizika, ale jiný zásah sociální pracovnice neprovádí.

Sociální pracovnice v domovech pro seniory vykonávají především administrativní činnosti, nemají dostatek vědomostí ve zdravotní problematice, ačkoliv má zdravotní a sociální péče v domově pro seniory velmi úzký vztah. Při práci se seniory s diabetem si někteří sociální pracovníci uvědomují, že je dotyčný diabetik, ale v případě akutních komplikací by neuměli zasáhnout. Neuvědomují si specifické potřeby klientů s diabetem a nemohou tedy zajistit plné naplňování specifických potřeb v rámci individuálního plánu, aniž by je o to klient explicitně požádal. Myslím si, že s ohledem na cílovou skupinu domova pro seniory by měli být sociální pracovníci více vzdělaní v oblasti zdravotnictví a poskytování první pomoci. V praxi sociálního pracovníka může nastat situace, kdy je se zkolabovaným klientem sám a nemá možnost přivolat pomoc.

Minimálně základní první pomoc by měl, dle mého názoru, umět každý sociální pracovník poskytnout.

Bakalářskou práci a vyvozené závěry z výzkumu mohou využít organizace poskytující sociální služby seniorům, především vedení organizací by mělo zvážit časovou náročnost administrativních činností, které ubírají z možného času věnovaného přímo klientovi. Samotní sociální pracovníci by si mohli na základě bakalářské práce uvědomit důležitost vzdělání ve zdravotnictví, nebo alespoň v první pomoci.

Pro mě jako autorku přinesla bakalářská práce přínos v teoretickém ukotvení problematiky a v uvědomění si důležitosti propojení sociální a zdravotnické péče v sociálních zařízeních jako je právě domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, nebo například v azylových domech. Sociální pracovník nemůže dle mého názoru poskytovat vždy kvalitně pomoc, pokud nerozumí klientovým potřebám a stejně tak zdravotník nemůže vykonávat svou práci bez ohledu na sociální situaci klienta.

Do budoucna by bylo zajímavé ověřit výstupy této bakalářské práce dalším výzkumem, například kvantitativním výzkumem u sociálních pracovníků v domovech pro seniory - je možné, že situace bude jiná u sociálních pracovníků v jiném kraji, což může být způsobenou například jiným vzděláním nebo finanční situací v zařízeních. Zajímavé by bylo také srovnání situace v České republice s praxí v zahraničí.

Seznam použité literatury

AMERICKÁ DIABETOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Cukrovka od A do Z: co potřebujete vědět o cukrovce - jednoduše a srozumitelně*. 1997. Hodkovičky: Pragma. ISBN 80-7205-746-4.

ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012. ISBN 9788024739014.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 9788024619668.

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

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.

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

JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu: skripta pro posl. fak. sociálních věd Univ. Karlovy*. Praha: Karolinum, 1992. Psyché (Grada). ISBN 80-706-6662-5.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 9788027101023.

KRIŠKOVÁ, Anna. *Profesionálne opatrovatelstvo: oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, c2010. ISBN 978-80-8063-329-5.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-195-x.

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

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

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

MICHÁLEK, Jozef a Mária ŠTEFÁKOVÁ. *Diagnóza cukrovka: odpovede na najčastejšie otázky*. 2. dopl. vyd. Bratislava: KONTAKT, 2008. ISBN 978-80-968985-3-4.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitatívni přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

PERUŠIČOVÁ, Jindra. *Diabetes mellitus v kostce: [průvodce pro každodenní praxi]*. Praha: Maxdorf, 2012. Současná diabetologie. ISBN 978-80-7345-303-9.

PSOTTOVÁ, Jana. *Praktický průvodce cukrovkou: co byste měli vědět o diabetu*. Praha: MAXDORF, c2012. ISBN 978-80-7345-279-7.

PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

RYBKA, Jaroslav. *Diabetologie pro sestry*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1612-7.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 8086429369.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 9788024613185.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 15. 11. 2006. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 48/1997 Sb., *Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. In: *Sbírka zákonů*. 7. 3. 1997. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů*. 14. 3. 2006. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů*. 30. 6. 1995. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů*. 13. 10. 2011. ISSN 1211-1244.

Elektronické zdroje:

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *DESATERO komunikace se seniory (geriatrickými pacienty) se zdravotním postižením* [online]. 2006

[cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/355-desatero-komunikace-se-seniory-geriatrickymi-pacienty-se-zdravotnim-postizenim.html>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Senioři a politika stárnutí: Příprava na stárnutí v České republice* [online]. 2018 [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/2856>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální služby* [online]. 2017 [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/18661>

VZP ČR. *Zdravotní pomůcky pro diabetiky* [online]. 2018 [cit. 2019-07-09]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/vyhody-a-prispevky/dospeli/zdravotni-pomucky-pro-diabetiky>

Seznam příloh

Příloha 1: Přepis rozhovoru	i
-----------------------------------	---

Příloha 1: Přepis rozhovoru

V: „Já ještě na úvod řeknu jak to bude probíhat. Začnu otázkama na náplň a činnosti sociálního pracovníka - co vy konkrétně tady v zařízení vykonáváte, jak tady pracujete. Pak se dostaneme k diabetu - co to je, jak se s diabetiky pracuje tady. Pak bude pár otázek na individuální plánování a zakončíme to otázkami na kontrolu dodržování medikace a diety. Nebojte se, nejedná se o zkoušení. Kdyžtak se doptejte, když nějaké otázky nebudete rozumět.“

2MZ1: „Dobře.“

V: „Jaká je vaše náplň práce tady v zařízení?“

2MZ1: „Přímo moje?“

V: „Ano, přímo vaše, co vy konkrétně tady děláte za činnosti.“

2MZ1: „Takže... přijímám žádosti, chodím na šetření, jsem v komisi na rozhodování o přijetí klienta, dělám úhrady pobytu, zadávám.. no k tomu patří vlastně nepřítomnost těch klientů tady při vyúčtování úhrad, vyplácení klientům vlastně jejich důchody, co nám chodí hromadným seznamem. Vybírám klientům z účtu co mají zřízený tady přímo u nás a je to účet na to, že sice klienti mají na pokoji trezory, ale většina si tam nechává klíčky přímo na trezorech, tak aby nemuseli mít tu částku po zaplacení z důchodu u sebe, tak jim vlastně nabízíme, že jim můžeme uložit peníze tady u nás a ekonomickým úseku a kdykoliv oni si vlastně během týdne řeknou, tak vlastně můžeme vybrat peníze. Hlídám revize televizí, rádií. Mám pod sebou terapeutky.. no něco jsem zapoměla, ono toho je hodně, ale je to takový...já si třeba ještě vzpomenu... jedním s úřadem práce, zasílám zprávy o nepřítomnosti, zasílám zprávy na soud ohledně úmrtí klientů.“

V: „hmhm... pak nějaký ten proces kolem přijetí klienta, ten zařizujete také vy?“

2MZ1: „Tak, tak. Sepisuju s nima smlouvy, dělám příjem klientů...“

V: „Jak pracujete třeba v té přímé péči s klientem?“

2MZ1: „Jak to teď myslíte?“

V: „Jestli třeba chodíte na pokoje za klienty, třeba si s nimi povídat, nebo děláte s klienty aktivizační činnosti...“

2MZ1: „Chodím k nim na pokoj. Já jim vlastně dělám ještě poštu tady, takže denně jsem v kontaktu s klienty, že vlastně chodím po baráku a roznáším poštu. Když někdo chce, tak se tam zastavím, popovídám. A zajišťuju jim vlastně aktivizační činnosti, takže nějaký aktivity jako Ježíškova vnučata, takže všechny tyhle různé aktivity - vystoupení škol, školek, různých zařízení. To jde taky přezemně...“

V: „Takže to jim zajišťujete a pak při těch činnostech jste s klienty?“

2MZ1: „Jsem s nima při těch činnostech.“

V: „Vy jste ještě mluvila o tom, že máte pod sebou terapeutky. Ty s nimi dělají potom jaké činnosti?“

2MZ1: „To jsou aktivizační terapeutky. My nemáme zdravotní terapeutky, ale máme aktivizační.“

V: „A ty s nimi mají nějaký týdenní program?“

2MZ1: „Hm. My tady pro ně vlastně máme program pro ně a to s nima mají terapeutický práce. Buď s nima jsou na společenský místnosti, tam třeba hrají různé hry, nebo si povídají. Pak nějaký pohybový aktivky...Máme mobilní zahrádky, tak osazují květináče, co máme venku...“

V: „Když se zamyslete, kolik času trávíte těmi činnostmi přímo s klienty, že jste s nimi osobně.“

2MZ1: „Když to je... to je těžký. Když půjdu jenom s poštou, tak to odhaduju třeba tak na tu hodinku. Když se někde zapovídám, nebo si i třeba vyžádají, že si chtějí popovídat, tak jsem tam třeba dvě hodiny. Když mají nějaký vystoupení, tak jsem tam vlastně celou dobu a pak jim ještě pomáhám na pokoje. Tak teď přemýšlím... těch dvě a půl hodiny za den..“

V: „Z osmi hodin?“

2MZ1: „Dvě a půl, tři... tak nějak. My jsme malý zařízení, takovýho rodinnýho typu, takže tady se zastavíte, znají vás, takže si chtějí popovídat.“

V: „To je hezké že vám to náplň práce umožňuje.“

2MV1: „No já pak mám zas hodiny navíc. Ale je to o tom, jestli s nima chcete být nebo nechcete.“

V: „hmhm“

2MZ1: „Je pravda, že mě doma děti nebrečej, takže mě nevadí, když tady zůstanu dýl. Když si s nima popovídám nebo takovýhle.“

V: „Jste někdy s těmi klienty úplně sama? Bez přítomnosti zdravotnického personálu nebo terapeutek?“

2MZ1: (přikyvuje)

V: „A jaké máte možnosti zavolat pomoc, kdyby se něco stalo?“

2MZ1: „Mají u každé postele mají tlačítka a u každého vchodu je tlačítka pro zdravotnický personál, sestry.“

V: „A vy máte nějaké zkušenosti ze zdravotnictví? Studovala jste třeba zdravotnickou školu?“

2MZ1: „Nene.“

V: „A třeba kurz první pomoci?“

2MZ1: „Ne.. no školení“ (smích).

V: „To znamená co?“

2MZ1: „Takový to klasický školení k bezpečnosti práce a takovýhle.“

V: „Aha, takže spojení s bezpečností práce. Někdy zážitkový kurz, kde byste si vyloženě mohla zkusit něco..“

2MZ1: „Ze školy, z vejšky. (smích) Když jsme se na andule učili dechat.“

V: „A jak je to dlouho?“

2MZ1: „4 roky jsem ze školy a měli jsme to myslím ve zdravotně ve druháku, dělali jsme z toho i zkoušku nebo zápočet.“

V: „Dostávám se k otázkám na diabetes. Zkuste popsat tu nemoc, diabetes mellitus vlastními slovy, co o té nemoci víte.“

2MZ1: „Diabetes. No omezení sladkého. Můžou být nějaký diabetický šoky pokud se nedodrží a aplikace inzulínu. Injekčně, a nebo léky.“

V: „Jmenovala jste ty šoky, že mohou nastat jako komplikace. Napadá vás ještě něco, co se může přihodit? Jaké tam může být riziko?“

2MZ1: „Jo třeba při nějakým úrazu, tak může dojít pak následně amputace nebo takovýchle. Nebo zkrátka že třeba nějaký rány se jim objevěj ani nevědí jak. A u diabetiků se hůř hořej otevřený rány.“

V: „Ano, super. A když byste viděla, že někdo má ten šok, jak jste o něm mluvila, věděla byste, jak reagovat? Dokázala byste to i třeba poznat?“

2MZ1: „Měli by mít u sebe průkazku nákou. A tady klienti... dát jim sladký? Myslim.“

V: „A ještě něco vás napadá?“

2MZ1: „Asi bych nejdřív volala pomoc, to by byla tak první reakce. Když vidím, že se tady někomu z klientů něco děje, nebo že se necítěj dobře, tak rovnou automaticky volám zdravotnickéj personál.“

V: „A vy víte tady u klientů, kdo je diabetik? Dokázala byste je třeba jmenovat?“

2MZ1: „no...“

V: „Třeba podle diety, nebo na dveřích.“

2MZ1: „Na dveřích to nemáme, ale oni to mají na stravování a já jim dělám cedulky stravovací pro kuchyň, to zrovna tady dělám.“ (ukazuje papír)

V: „Jde mi třeba i o to, když jdete k někomu na pokoj, jestli si uvědomujete, že je diabetik, jestli tyhle informace máte.“

2MZ1: „Uvědomuju si u některých, ale úplně všechny bych asi nedala. Ale tím, že dělám cedulky pro kuchyň, tak se tohle všechno ke mně dostává. A navíc ještě tady máme pro diabetiky jinou úhradu. Takže jsem schopná si to zjistit i takhle, protože vlastně dostávají stravu navíc.“

V: „Takže u vás mají diabetici jinak upravenou stravu?“

2MZ1: „No.. ne.. nebo.. no mají večeri navíc.“

V: „Ještě se vás zeptám: Jak můžete předcházet těm zmiňovaným komplikacím?“

2MZ1: „hmmm...“

V: „Co třeba u cukrovkářů hlídat?“

2MZ1: „Hlídat, jestli si třeba aplikovali inzulín? Jestli si vzali prášek.“

V: „Jak se u klientů třeba hlídá pitný režim?“

2MZ1: „To tady hlídáme dá se říct u všech, aby všichni pili. Nemá to asi personál upravený, jestli se jedná o diabetika. Každý klient má vlastně svou konvici na pokoji, kam se jim vaří čaj a pak pokud chtějí tak máme sodo bar. Takže můžou mít i perlivou nebo neperlivou vodu. Co nejsou diabetici, tak můžou se šťávou. Nebo si můžou i sami v kantýně koupit.“

V: „Zmiňujete kantýnu. Tam si můžou klienti sami přijít něco koupit?“

2MZ1: „Jo. Je otevřená v určitéch časech. A klienti, co nejsou schopný, co nejsou mobilní tak se pak kantýna rozváží po pokojích.“

V: „Z kantýny mají jakou možnost kontrolovat kdo je diabetik? Nebo si může každý kupovat co chce?“

2MZ1: „No je to úplně víc na těch klientech. Ti klienti vědí, co můžou. A i ten personál v kantýně to ví, to jsou vlastně terapeutky. Tak můžou je jakoby korigovat.“

V: „A jaké máte nástroje, jak toho klienta usměrnit v tom, jak dodržuje dietu?“

2MZ1: „Když si to bude chtít vzít, tak si to vezme. Ale nemůže se zkrátka na ně, a nebo i s rodinou... většinou jim to sladký právě vozí rodina. Takže pak musíme s nima to třeba probrat, že by bylo dobrý, aby vozili místo sušenek ovoce, když už jim chtěj něco přivízt. Že to je z důvodu zdravíčka no.“

V: „Takže spíš rodinu na to upozorňujete?“

2MZ1: „No určitě se kontroluje jak a kolik toho snědí, to si dělá personál. Ale když jim rodina přiveze, tak vyložene že bysme jim kontrolovali šuplíky, to ne. Pak kdyžtak máme pana doktora, který nám sem jezdí jednou v týdnu. A nějak podle potřeby. Ale i náš personál jim třeba řekne, co se jim může stát, když to sladký budou. Oni pečovatelky i zdravotní sestry to s nima proberou, tu nevhodnost. Ale ne že jim to zkrátka seberou jo, to nemůžeme.“

V: „Chápu.“

2MZ1: „Jo, je to jejich vůle. Určitě upozorněj, nebo že by to měli mít omezený.“

V: „A jak se kontroluje užívání léků?“

2MZ1: „Léky připravuje a kontroluje personál. Jsou tu klienti samostatný a taky klienti, kteří jsou na tom tak špatně, že je jim to potřeba přímo podat. Takže podle stavu, jak na tom je.“

V: „A v případě že by klient odmítal léky?“

2MZ1: „To si řeší zdravotnický personál a kdyžtak lékař.“

V: „Pokud by klient pak porušoval přímo domovní řád, omezoval klienty a podobně, jak se s takovým člověkem dál pracuje?“

2MZ1: „Pokud by klient porušoval, tak se s ním probere to jednání, projedná se situace, upozorní se na to, že svým chováním a jednáním porušuje domovní řád a pokud se to nespraví, pak se dělá písemnej zápis a pak by eventuelně mohlo dojít k tomu, že by se mohl ukončit ten jeho pobyt tady z důvodu, že vlastně porušuje ten domovní řád. Čímž vlastně narušuje soužití.“

V: „Takže nejdřív ústně se to projedná, pak písemně a pak může být i zrušená smlouva.“

2MZ1: „Jo, ale není to jakoby po prvním, je to, když se to opakuje. Je to o tom, jak porušuje. A většinou stačí jim něco říct. Není to tu často, já to tu zažila jednou.“

V: „Ale to je teda v případě že porušuje řád a omezuje ostatní klienty, ne v případě, že porušuje dietu nebo nebere léky, rozumím tomu dobře?“

2MZ1: „To ne. To opravdu při omezování spolubydlících.“

V: „Teď přejdeme k individuálnímu plánování. Kdo tady v zařízení dělá individuální plánování?“

2MZ1: „Já.“

V: „A podle čeho se zpracovává?“

2MZ1: „My to děláme tak, že já zpracovávám první individuální plán podle toho přednástupního sociálního šetření. Tam já se ptám na všechny informace, co potřebuju k tomu plánování, jak s tím klientem jednat, co je schopen, co neschopen. Co je potřeba aby dělal personál. Podle toho já vypracuju zdravotnickýmu personálu a pečovatelkám individuální plán. Ten předám klíčový pracovníci, která bude klienta mít a ta vlastně v rámci toho individuálního plánu s těma lidma začne pracovat a vlastně v průběhu prvních tří měsíců se zjišťuje, jestli to odpovídá. Takže se to vlastně podle aktuální situace předělává. To už dělá klíčová pracovníce. Já už pak zas jen kontroluju individuální plány, jestli jsou aktualizovaný a vlastně co se s těma lidma...jak se s nima pracuje. Dělán kontrolní činnost.“

V: „Takže se upravuje ten plán během a po té adaptaci, a pak nějak průběžně?“

2MZ1: „Když se změní situace jo? Třeba když se vrátí z nemocnice. Jinak kontroluju průběžně. A je to právě o tom, že bych ty klienty měla znát, protože když mi tam napíše někdo, že je klient schopnej sám si dojít na wc a já vím, že aktuálně ten člověk není schopnej pohybu, tak o tom plánu už můžu jednat. Proto i s těma klientama si myslím že je dobře, když je ta sociální pracovníce v kontaktu, abyste věděla. Protože dělejte individuální plán, když toho člověka neznáte...“

V: „Takže se ten individuální plán uzpůsobuje schopnostem klienta. Jak se přizpůsobuje třeba přání klienta?“

2MZ1: „Je to vždycky na klientovi, na jeho dobrovolnosti. Třeba ty aktivizační činnosti my nabízíme, ale nevnučujeme. Jo ale s tím, že je nabízíme a i když řekne, že je nechce, tak když tady máme zase nějakou aktivitu, tak se mu zase nabídne. Protože oni i ty názory měňej. Takže se ptáme často, abychom ho neomezovali vlastně v kontaktu s ostatníma klientama. Takže pokud chce, může, pokud nechce tak ho nikdo nenutí. Není to jako že ho prostě popadnete a jedem.“ (smích)

V: „Takže se nepředjímá? Minule nebyl, to dneska taky nebude chtít...“

2MZ1: „Ne, tak dneska se cítím dobře, minule jsem se necítil dobře tak jsem nechtěl.“

V: „Takže i tomu aktuálnímu zdravotnímu stavu se to dá přizpůsobit?“

2MZ1: „Přesně tak. Kdyžtak ten klíčovej pracovník je zná líp, tak ten s tím pracuje. Když třeba přestane chodit na nějakou pravidelnou aktivitu, tak se to pak rozebírá z jakýho důvodu.“

V: „A jak do toho plánu zasahuje rodina?“

2MZ1: „Ne, tady v tom bych řekla, že rodina nezasahuje. Pokud přijde rodina a chce si ho někam vzít tak může. Pokud klient třeba nemluví, nebo tak, tak pak se může ten první plán sestavovat s rodinou.“

V: „A jak je to s pohybovými aktivitami? Máte nějaké pravidelné aktivity, nebo nějakou fyzioterapeutku co vy chodila na pokoje?“

2MZ1: „Máme pravidelně každý týden jednou nebo dvakrát cvičení v týdenním rozvrhu. (podává papír s rozvrhem). A když je hezky a chtějí, tak můžou ven na zahrádku, vlastně pracovnice nebo terapeutky je tam můžou vzít. To pak podle počasí a kdo chce.“

V: „Tak to by bylo asi všechno, děkuji za rozhovor.“