



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sociální práce s lidmi se syndromem demence

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Denisa Březinová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Sociální práce s lidmi se syndromem demence jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16. Srpna 2018

.....

podpis

Poděkování

Touto formou bych chtěla poděkovat paní PhDr. Lence Motlové za odborné vedení, cenné rady, vstřícnost při konzultacích a velikou trpělivost, kterou se mnou měla. Mé poděkování patří dále informantům z oslovených organizací za to, že jsem měla možnost s nimi spolupracovat. A poděkovat bych chtěla také své rodině, díky které jsem měla možnost studovat na univerzitě, za jejich trpělivost a podporu.

Sociální práce s lidmi se syndromem demence

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na sociální práci s lidmi se syndromem demence. Jejím tématem jsou sociální pracovníci, kteří pracují v domovech se zvláštním režimem v Kraji Vysočina a poskytují v rámci nich své služby klientům těchto organizací. Důležitým cílem je přitom popsat specifika, možnosti a limity sociální práce s lidmi se syndromem demence v Kraji Vysočina.

Vyhledávala jsem mezi různými organizacemi, které se nachází v Kraji Vysočina a poskytují služby zahrnující péči o klienty s demencí. V rámci těchto organizací jsem se zajímala o sociální pracovníky, obecné informace o nich, jejich náplň a specifika práce, metodickou a odbornou podporu, spolupráci s ostatními pracovníky apod. Se získanými informacemi jsem pracovala především v praktické části této práce. V teoretické části jsem se zaměřila na získání obecných informací týkající se demence a to od prvních příznaků až po rozdělení na jednotlivé typy demencí. Dále jsem získala důležité podklady z oblasti sociální práce, které jsem později mohla využít při komunikaci se sociálními pracovníky a následně při zpracování praktické části práce.

Praktickou část jsem vypracovávala kvalitativním výzkumem za pomoci metody dotazování s použitím polostandardizovaného rozhovoru s informanty. Tyto informanty jsem vybírala na základě dostupnosti. Získané informace jsem dále zpracovávala metodou otevřeného kódování, na základě kterého jsem vytvořila kategorie a podkategorie, jejich obsah a v něm obsažené tabulky. Vypracovala jsem také SWOT analýzu sociální práce, její silné a slabé stránky, příležitosti a rizika. SWOT analýzu jsem vypracovala nejprve pro každou organizaci samostatně a následně dohromady za všechny organizace. Výstupem práce je detailní náhled na činnosti sociálních pracovníků v domovech se zvláštním režimem, jejich porovnání mezi sebou.

Z výsledků provedeného výzkumu jsem došla k závěru, že činnosti sociálních pracovníků v domovech se zvláštním režimem se ve většině případů shodují. Až na drobné výjimky se sociální pracovníci v popisu své náplně práce, popisu chodu organizace apod. v uvedených informacích sešli. Důležitým cílem většiny sociálních pracovníků je zajištění a udržení kontaktu klienta s jeho rodinou, komunikace s rodinou, zjištění informace o klientovi a pomoc od rodiny.

Klíčová slova: sociální práce, role sociálního pracovníka, spolupráce s rodinou, péče o zaměstnance, syndrom demence

Social work with dementia syndrome people

Abstract

This bachelor thesis focuses on social work with dementia syndrome people. The subject is social workers who work in a special regime homes in the Vysočina Region and provide their services to clients of these organizations. An important goal is to describe the specifics, possibilities and limits of social work with dementia syndrome people in the Vysočina Region.

I have been searching between various organizations which u can find in the Vysočina Region and that are providing services for the clients with dementia. Within these organizations I was interested in social workers, general information about them, content and the specifics of their work, methodical and professional support, cooperation with other workers, etc. With obtained information I worked mainly in the practical part of this work. In the theoretical part, I focused on obtaining general information on dementia, from the first symptoms to the splitting up to individual types of dementia. I also received important documents from the social work area, which I could use in communication with social workers later and consequently in the processing of the practical part of the work.

The practical part I created by using qualitative research in questionings method using semi-standardized interview with informants. These informants I selected based on availability. Obtained information were processed by using the open coding method, which was furthermore created as categories and subcategories, their content and the tables contained therein. I also created SWOT analysis of social work, its strengths and weaknesses, opportunities and risks. First I created a SWOT analysis for each organization separately and then for all organizations together. Issue of this work is a detailed view of the activities of social workers in special regime homes and their comparison with each other.

From the results based on research, I came to the conclusion that the activities of social workers in homes with a special regime there is a match in most cases. Social workers are agree with their work description, organization rules and provided information, there are minor exceptions. An important goal of most social workers is to obtain and

maintain client contact with their family, communication with the family, finding information about the client and helping from the family.

Keywords: social work, social worker role, family cooperation, care of employee, dementia syndrome

Obsah

Úvod.....	11
1 Demence	12
1.1 Vymezení pojmů	12
1.2 Příznaky a příčiny demence	13
1.3 Rizikové faktory a prevence.....	14
1.4 Diagnóza a vyšetřovací metody	15
1.5 Epidemiologie a léčba	19
1.6 Typy demencí.....	19
2 Sociální práce.....	21
2.1 Definice a cíle sociální práce	21
2.2 Metody sociální práce	21
2.3 Sociální služby	22
2.4 Příspěvek na péči:	24
2.5 Náplň práce sociálního pracovníka	25
2.6 Role sociálního pracovníka	27
2.7 Standardy kvality sociálních služeb	28
2.8 Aktivizační činnosti	28
2.8.1 Reminiscenční terapie.....	29
2.8.2 Zooterapie	30
2.8.3 Ergoterapie.....	31
3 Cíl práce a výzkumné otázky.....	32
3.1 Cíl práce	32
3.2 Výzkumné otázky.....	32
3.2.1 Dílčí výzkumné otázky	32
4 Metodika	33
4.1 Metody a techniky sběru dat	33

4.2	Výzkumný soubor	34
4.3	Realizace výzkumu	34
5	Výsledky	36
5.1	Základní identifikační údaje.....	36
5.2	Příjem klientů a individuální plán	36
5.2.1	Počet klientů v organizacích	37
5.2.2	Způsob příjmu klientů.....	37
5.2.3	Individuální plán klientů.....	37
5.3	Náplň práce sociálního pracovníka	38
5.4	Specifika sociální práce.....	39
5.5	Možnosti a limity sociální práce	40
5.6	Péče o zaměstnance.....	41
5.7	Spolupráce.....	41
5.7.1	S dalšími pracovníky	41
5.7.2	S rodinou.....	43
5.8	Komunikace	44
5.8.1	S klienty	44
5.8.2	S rodinou.....	45
5.9	Průběh dne v organizaci	45
5.9.1	Metody sociální práce	45
5.9.2	Harmonogram dne	45
5.9.3	Aktivizační činnosti	46
5.9.4	Používané pomůcky	47
5.10	Spokojenost se sociálními službami	48
5.11	Shrnutí výsledků	48
5.12	SWOT analýza.....	48
5.12.1	SWOT analýza v organizacích O1-O9 jednotlivě	49

5.12.2	SWOT analýza shrnutí.....	55
6	Diskuse.....	56
7	Závěr.....	62
8	Seznam použité literatury.....	63
9	Přílohy.....	71
10	Seznam zkratek.....	73

Úvod

V naší společnosti se často setkáváme s tím, že lidé vymykající se normálu společnosti bývají terčem nepochopení a často i posměchu nebo agresivního chování ze strany ostatních lidí. Lidé, kteří trpí demencí, svou nemoc v jejím počátku většinou ani nevnímají. Péče o osoby trpící demencí je velmi náročná, zvláště v domácích podmínkách. I to je důvodem k tomu, proč v posledních letech rodiny své blízké, i když třeba neradi, umísťují do domovů se zvláštním režimem. Množství těchto domovů se stále zvyšuje a s tím roste i potřeba nových zaměstnanců a to jak sociálních pracovníků, tak pracovníků v sociálních službách a zdravotních sester.

Moje bakalářská práce je zaměřena na sociální práci s lidmi se syndromem demence. Téma jsem si vybrala právě proto, že syndromem demence trpěla moje babička. Díky tomu vím, co nemoc obnáší jak pro člověka, který jí trpí, tak pro rodinu, která se o něj stará. S lidmi i rodinami, kteří se s tímto problémem setkávají, určitým způsobem soucítím a snažím se o to, aby si také ostatní lidé v okolí nemocného člověka uvědomovali, že to pro něj i jeho rodinu není jednoduché, a snažili se to pochopit. Také sama pro sebe, jelikož mě toto téma dlouhodobě zajímá, jsem chtěla zjistit co nejvíce informací, které bych mohla uplatnit ve svém budoucím povolání.

V teoretické části se zabývám obecným vymezením pojmu demence. Popisuji, jaké jsou její příznaky, příčiny a rizikové faktory, způsob prevence a léčby. Protože se demence dále rozděluje na několik typů, tak i tyto typy v práci uvádím. Dále se zde zabývám sociální prací, metodami, sociálními službami, náplní práce sociálních pracovníků, aktivizačními činnostmi apod. Praktická část práce je zaměřena na náplň práce sociálních pracovníků v domovech se zvláštním režimem v Kraji Vysočina.

Mým cílem bylo popsat specifika, možnosti a limity sociální práce s lidmi se syndromem demence v Kraji Vysočina. Tento cíl práce jsem naplnila v praktické části, ve které jsem zmapovala všechny informace získané od sociálních pracovníků oslovených organizací. K tomu jsem vytvořila také tabulky a SWOT analýzu pro jednotlivé organizace i hromadně za všechny organizace. Spolupracovala jsem s organizacemi vybranými na základě dostupnosti.

1 Demence

1.1 Vymezení pojmů

Slovem demence označujeme poruchy, které jsou na úrovni kognitivní, psychické a motorické, přičemž se jedná o poruchy velice vážné, dokonce natolik, že omezují takto postiženého člověka ve většině každodenních aktivit, které provozuje během svého života (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Demence představuje syndrom neboli určitý charakteristický soubor příznaků způsobený celou řadou příčin, přičemž některé choroby jsou spojeny s rozvojem demence, jako například Alzheimerova choroba, zatímco u jiných, kam spadá například AIDS, se demence rozvíjí pouze ojediněle, a proto si vždy vybavíme člověka postiženého právě poruchami paměti, jednání, poznávání atd., když se řekne slovo demence, přestože nedokážeme přesně říci, kterou chorobou je demence vyvolána (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Podkladem demence je organické postižení mozku, a to včetně symptomatických postižení, mezi které patří některé intoxikace, mohou vést až k plné nesoběstačnosti postižených (Franková, 2011). Za hlavní příčiny organického poškození mozku jsou označovány atrofie, zánět, nádor, zranění, porucha výživy a mohou mít projevy řady jiných duševních onemocnění, mezi které patří deprese, psychotické projevy nebo poruchy osobnosti (Mahrová, Venglářová, 2008).

Demence je také chronické nebo progresivní onemocnění mozku, u kterého obvykle dochází k narušení vyšších kórových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči a úsudku, co se týče vědomí, toto není zastřené (Venglářová, 2007).

Jak uvádí Wehner, Schwinghammer (2013), pacient se již nedokáže o sebe postarat a nezvládá běžné denní úkoly. Pacient je velice zasažen v pracovním, společenském a rodinném životě. Může to způsobit, že se rodina a přátelé od nemocného odtáhnou. Člověk s demencí se nejlépe cítí v domácím prostředí. Skoro vůbec z domova nevychází, protože domov, pro něj velice známé prostředí, mu dává pocit bezpečí a jistoty. Naopak nerad vyhledává nové prostředí, cizí osoby, neznámé zvuky. Vyvolávají v něm strach a mohou způsobit to, že se rychleji uzavře sám do sebe. Jak dále Wehner, Schwinghammer (2013) uvádí, mezi známky demence typicky patří rozpad veškerých

schopností, kompetencí. A to například schopností postarat se o sebe samého, zacházet s běžnými předměty, udržet a navazovat sociální kontakty. Pro rodinu, nebo blízké známé, kteří o člověka s demencí pečují, tato zodpovědnost znamená velikou psychickou zátěž. Je to tím, že člověk jim svěřený ztrácí veškeré známky osobnosti a známé projevy. Péče o takto nemocné znamená většinou péči 24 hodin denně. Dále dle Wehnera, Schwinghammera (2013) v průběhu péče může docházet k nebezpečí ztráty kontroly, způsobené tím, že pacient nezvládá běžné úkony, jako například čištění zubů, oblékání, vaření a jeho okolí mu nevěnuje mnoho pozornosti způsobené nedostatečnou vědomostí o průběhu choroby a pacientovo chování bagatelizuje, anebo ignoruje.

Poruchy způsobené demencí:

- a) špatné myšlení a koncentrace,
- b) horší zapamatování si,
- c) špatná orientace (místo, čas, osoby),
- d) mizení motorických a pohybových schopností,
- e) postupná ztráta soběstačnosti a vyrovnání se s úkony všedního dne,
- f) ztráta chápání, učení se, počítání a čtení,
- g) ztráta rozpoznání dne a noci,
- h) horší úsudek,
- i) poruchy řeči a vyjadřovacích schopností,
- j) špatný psychický stav (strach, deprese, úzkost) (Wehner, Schwinghammer, 2013).

1.2 Příznaky a příčiny demence

Příznaky demence se u každého člověka jiné a jinak projevují, jsou ale velmi rozsáhlé, mezi nejzákladnější příznaky můžeme zařadit postupnou ztrátu rozumových schopností a změnu osobnosti jedince (Svobodová, 2016). Pacienti v počátečním stádiu demence mnohdy na první pohled působí zcela normálním dojmem (Franková, 2011). Pidrman (2007) příznaky demence rozděluje do tří základních skupin, které nazývá narušení kognitivních funkcí, narušení aktivit denního života a poruchy chování.

Mezi kognitivní příznaky patří porucha paměti, porucha myšlení a úsudku, porucha orientace, porucha řeči, porucha poznávání, porucha praxie (Svobodová, 2016). Dále také poruchy chápání, poruchy emotivity, ztráta soběstačnosti, mohou se ale také objevit psychotické příznaky (Pidrman, 2007). Do oblasti narušení aktivit denního

života řadíme potíže s komplexními činnostmi, domácími pracemi, problémy v sebeobsluze, ztrátu kontinence, neschopnost komunikace a chůze, člověk se stává plně závislý na pomoci druhých (Jirák, Laňková, 2007). Poruchy chování se u pacientů s demencí projevují náladovostí, ztrátou zájmu o osoby, věci a dřívější záliby, člověk se stává neklidný, apatický, depresivní, ustrašený, dochází k celkové změně charakteru i osobnosti (Hajdovská Tlustá, 2006).

Příčiny obecně jsou různé, některé se vyléčit dají, ale musí se co nejdříve rozpoznat, přičemž demenci nejčastěji způsobuje Alzheimerova nemoc v šesti z deseti případů, ale také mezi příčiny patří narušení cévního zásobení mozku, což souvisí s vysokým krevním tlakem nebo postižením mozkovou mrtvicí (Anders, 2007). Demenci dále mohou způsobovat, pasivita, nedostatek vitamínu B a nesprávné stravování, přehnané pití alkoholu, uzavřenost do sebe, neléčené nemoci, špatný životní styl (Franková, 2011).

1.3 Rizikové faktory a prevence

Vysoký věk patří mezi hlavní rizikové faktory demence (Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová 2008). Demence se vyskytuje v jakémkoli věku, ale nejčastěji před šedesátým rokem věku (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007). Věk zároveň patří mezi neovlivnitelné faktory spolu s genetickými faktory (Jirák, Laňková, 2007). O dědičně podmíněném onemocnění se jedná pouze, pokud se demence vyskytne před šedesátým rokem věku, u demencí vyššího věku je dědičnost dlouhodobě méně známá, tedy nejvíce ohroženi jsou příbuzní lidí s Alzheimerovou, Parkinsonovou chorobou a Downovým syndromem a to tři až čtyřikrát více než u lidí, kteří mezi příbuznými nemají nikoho, kdo by trpěl jakýmkoliv druhem demence (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Mezi další rizikové faktory demence patří kardiovaskulární příčiny, jako je vysoký krevní tlak, nedostatečnost ledvin, cukrovka (Kalvach, 2008). Vaskulární choroby patří mezi ovlivnitelné faktory, mezi ně dále můžeme zařadit kouření, obezitu, zvýšený cholesterol, mezi další ovlivnitelné faktory patří nadměrné pití alkoholu, úrazy hlavy (Jirák, Laňková, 2007). Zhruba u třetiny lidí, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu, se demence rozvine, tedy ti, kteří mají onemocnění, které ovlivňuje cirkulaci, jsou náchylnější rozvoji demence, dále u lidí, kteří mají vyšší úroveň vzdělání, se demence objevují méně, demenci také může způsobovat poranění hlavy, u pacientů

s Alzheimerovou chorobou úrazy hlavy v anamnéze vyskytuje dvakrát častěji než v populaci, úrazem hlavy se rozumí úraz, který způsobil ztrátu vědomí na více než patnáct minut (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Při prevenci demenci je důležité správné stravování, strava totiž hraje významnou roli ve výživě těla a hlavně mozku, velice důležitý je příjem vitamínů přírodní formou a to především vitamínů skupin B, C, E a D, z nichž nejdůležitější je vitamín C, který je důležitý pro celkový chod organismu a vitamín E, u kterého je jeho užíváním studii prokázáno snížené riziko výskytu Alzheimerovy choroby (Sheardová, Hudeček, Hort 2012).

Dle Konráda (2009) se proti demenci můžeme bránit zdravým životním stylem, do kterého patří:

- a) pravidelná duševní a tělesná aktivita,
- b) racionální strava bez nadbytků tuků a masa
- c) strava s dostatkem zeleniny, vitamínů a vlákniny,
- d) dostatečný odpočinek.

1.4 Diagnóza a vyšetřovací metody

Pro určení diagnózy demence je nutné, aby lékař znal osobní i rodinnou anamnézu pacienta a také podrobné vyhodnocení změn kognitivních funkcí, paměti a chování pacientů během posledních měsíců a let (Anders, 2007). Důležité je také vědět to, že pro diagnostiku demence je z hlediska paměti významné, že dohází nejen k její poruše, ale současně také k poruše alespoň jedné další kognitivní funkce a to exekutivní, fatické, praktické, nebo gnostické, proto je žádoucí, aby lidé se syndromem demence byli včas diagnostikováni (Jirák, 2008).

Dle Šolcové, Burdy (2016) se využívá se celá řada vyšetřovacích metod k určení diagnostiky demence:

- a) anamnéza (důležité je zjišťování údajů od rodiny pacienta),
- b) neurologické vyšetření (slouží k vyloučení jiných onemocnění),
- c) psychiatrické vyšetření (určeno pro základní vyšetření, například testem Mini Mental- StateExamination),
- d) laboratorní vyšetření (využívají se standardní vyšetřovací metody, například krevní testy),

e) zobrazovací metody (využívá se EEG, SONO, CT a NMR).

EEG neboli elektroencefalogram, je přístroj skládající se ze snímacích elektrod (uloženy v EEG čepicích), zesilovače, procesoru a pomocí těchto elektrod snímá elektrické potenciály z povrchu hlavy vznikající činností mozku, tyto informace zpracovává a převádí do křivek na obrazovku EEG přístroje (Okáčová, 2017). SONO karotid, Doppler nebo duplexní SONO se používá při podezření na poruchu zásobení mozku krví, například při poruchách myšlení a jedná se o ultrazvukové vyšetření hlavních krčních tepen, které jsou dvě, odstupují z aorty a zásobují mozek okysličenou krví (Hrazdira, 2008). CT neboli počítačová tomografie je velice využívanou vyšetřovací metodou, principem jsou rentgenové paprsky, CT přístroj dokáže vytvořit spoustu snímků, které jsou přeneseny do počítače a lékař si je tak může prohlédnout a vyhodnotit (Štefánek, 2011). NMR neboli nukleární magnetická rezonance je moderní neinvazivní zobrazovací metoda, která v průřezech zobrazuje vyšetřovanou část těla počítačovým zpracováním silného magnetického pole, jedná se o bezpečnou metodu, která trvá několik minut (Rosina, Vránová, Kolářová, Stanek, 2013).

K psychiatrickému vyšetření se používají různé standardizované testy, jako jsou Rivermead Behavioral Memory Test, Minimental State Examination (dále jen MMSE), Adenbrookský kognitivní test (Pfeiffer, Švestková, Svěčená, 2014), tzv. „Sedmiminutový test“ (Rektorová, 2007). Mezi velmi krátké kognitivní testy (do 5 minut) patří Test kreslení hodin (TKH) (Šrámková, 2006), Test písemného záměrného pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV) (Bartoš, Raisová, 2015), Test slovní produkce (TSP, SP) (Köhler, Bažant, 2015), Pětičárový test obrazcové produkce (ČAPR) (Bartoš, Raisová, Řípová, 2014), Pětibodový test obrazcové produkce (BOPR) (Bartoš, Raisová, 2015), Soubor jednoznačně pojmenovatelných obrázků k hodnocení a léčbě jazykových a kognitivních deficitů (Bartoš, Orliková, Čermáková, Al-hajjar, Řípová, 2013).

Dle Pfeiffera, Švestkové, Svěčené (2014) Rivermead Behavioral Memory Test zjišťuje nejen poruchy kognitivních funkcí, mezi které patří zraková, sluchová, prospektivní paměť. Ale také dalších kognitivních funkcí pomocí jedenácti subtestů zjišťujících chování a úroveň kognitivních funkcí v různých situacích, jako jsou poznávání obličejů, nebo reprodukce článku. Může být verze pro děti i pro seniory. Dále Pfeiffer, Švestková, Svěčená (2014) uvádí, že mezi jednotlivé úkoly je zahrnuto zapamatování si

obličejů, nebo různých obrázků a úkolem pacienta je si později vybavit, který obrázek, či obličej viděl. Dále má pacient za úkol si zapamatovat čtený text, trasy po místnosti, který by si měl později vybavit, nebo kde je uschována pacientova osobní věc a co má říci, pokud po dvaceti minutách zazvoní budík.

Test, který se nejvíce používá je MMSE (Sheardová, Rusina, Hort, Bartoš, Línek, Ressner, Rektorová, 2007). Škála je rozdělena na dvě části, kde první část testuje orientaci, paměť, pozornost a kde odpovědi jsou získávány ústní formou, maximální skóre, které lze zde získat, je 21 bodů a druhá část, která slouží k posouzení schopnosti pojmenovat, sledovat verbální a písemné pokyny, spontánně napsat větu a podle předlohy nakreslit dva překrývající se pětiúhelníky, nejvíce lze zde získat 9 bodů (Šrámková, 2006).

Adenbrookský kognitivní test slouží k přesnější diagnostice kognitivních poruch a demencí, důležité je tedy testování kognitivních funkcí, ale i zhodnocení pozornosti a orientace, paměti, slovní produkce, jazyk a zrakově-prostorové schopnosti. Test trvá 12-30 minut. Má šest stran záznamových archů, 26 úkolů (Beránková, Krulová, Mračková, Eliášová, Košťálová, Janoušová, Stehnová, Bar, Ressner, Nilius, Tomagová, Rektorová, 2015).

Dle Rektorové (2011) Sedmiminutový test bohužel sedm minut netrvá, nýbrž třicet minut. Vhodnou kombinací testů hodnotí orientaci v čase, paměť, exekutivní, zrakově-prostorové funkce a řeč prostřednictvím testu kresby hodina testu slovní plynulosti.

U Testu kreslení hodin jde o krátkou screeningovou zkoušku, testuje se porozumění řeči, schopnost zapamatovat si instrukci, vizuálně prostorová představivost, grafické a motorické schopnosti a tento test může mít také několik variant od požádání o nakreslení hodin, nebo požádání o nakreslení hodin se všemi číslicemi až po požádání o konkrétní nastavení hodin, ale u všech variant trvá administrace 3 až 5 minut a hodnocen je ciferník, který má správně zakreslené číslice, čas a kresbu ručiček (Šrámková, 2006).

Bartoš (2017) uvádí, že původním českým a krátkým testem je Test Písemného záměrného pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV). Smyslem tohoto testu je rychle si prověřit současně psanou řeč, dlouhodobou sématickou a krátkodobou vizuální paměť. Dále Bartoš (2017) uvádí, že vyšetřovaný má za úkol napsat jedním slovem

názvy dvaceti obrázků, které si musí zároveň i zapamatovat a vzápětí je znovu požádán napsat názvy těch obrázků, na které si vzpomene. Tento test může jednoduše provádět kdokoli, i bez zkušeností, po tom co se krátce zacvičí. Dle Bartoše (2017) jednou z výhod je, že díky testu POBAV, dochází k časně detekci demence způsobené Alzheimerovou demencí a také to, že se dá provést během krátké doby a to jen během tří a půl až čtyřmi minutami. Vzhledem k tomu, že má takovéto přednosti, tak může být velice dobře využíván v mnoha klinických situacích nejen u demencí a tím pádem může být výborným nástrojem k všestrannému využití v běžné praxi pro různé odborníky.

Testy slovní produkce jsou velice oblíbené neuropsychologické zkoušky i mezi kliniky, protože jsou velice jednoduché (Štěpánková, Kopeček, 2008). Vyšetřovaná osoba má za úkol dle určitých pravidel vyjmenovat co nejvíce slov za určitý čas, nejčastější je za jednu minutu (Bartoš, 2017). Výkon se měří změnou v rychlosti a snadnosti slovní produkce podle pravidla prvního písmene nebo také podle produkce slov v určitém sémantickém okruhu, jako používané kategorie se nejčastěji používají zvířata, položky při nakupování v obchodu, zelenina, ovoce, nebo také dopravní prostředky, za chybu se považuje opakování slov, používání blízkých synonym nebo zakázaných slov a za velmi hrubou chybu je opuštění kategorie, nebo písmene (Köhler, Bažant, 2015). Rozlišují se dva základní typy a to kategoriální a fonémická, kde se u té kategoriální používá vyjmenovávání slov z určité kategorie, jak již bylo uvedeno výše, nejčastěji jsou to zvířata, nebo položky při nakupování v obchodu a tak dále, fonémická je založena na slovech, které začínají určitým písmenem, v České republice to jsou písmena N, K, P, ale také V, O, Z, B, D, L, M, T, R, S (Bartoš, 2017).

Pětičárový test obrazcové produkce je vizuální analogií k testům slovní produkce a díky tomuto testu se mohou rychleji objevit deficity u Alzheimerovy nemoci, které jsou odlišné od běžných testů (Bartoš, Raisová, Řípová, 2014). Test trvá krátce, vyšetřovaná osoba má při něm za úkol vytvořit co nejvíce neopakujících se obrazců z právě pěti rovných čar (proto se tento test nazývá pětičárový) a slouží k rychlému orientačnímu posouzení kognitivních schopností, ale při jeho vyhodnocení se mohou vyskytnout určité problémy, kdy se u některých podobných obrazců obtížně určuje, zda se jedná o nový, nebo opakující se obrazec (Bartoš, 2017).

Pětibodový test obrazcové produkce je testem neverbálním a u pacientů trpících Alzheimerovou demencí mohou být výsledky tohoto testu zhoršené (Bartoš, Raisová,

Řípová 2014). Vyšetřovaný má za úkol v určitém čase vytvořit co nejvíce obrázců, které se neopakují a vzniknou různým pospojováním dvou až pěti bodů, je to dobře koncipovaný test, jelikož se velice dobře určují opakující se vzory, které jsou řízené pětícími bodů, ale naopak klade vysoké nároky na pozornost hodnotitele (Bartoš, 2017).

Dle Bartoš, Orliková, Čermáková, Al-hajjar, Řípová (2013) soubor jednoznačně pojmenovatelných obrázků k hodnocení a léčbě jazykových a kognitivních deficitů obsahuje 66 černobílých obrázků v 10 sémantických kategoriích, jako jsou zvířata, pracovní nástroje, oblečení, ovoce, zelenina, části těla, rostliny, dopravní prostředky, jídlo, hudební nástroje. Dále dle Bartoš, Orliková, Čermáková, Al-hajjar, Řípová (2013) je jejich pojmenování v češtině jednoslovné a má vysokou mírou shody v pojmenování. Zároveň je o nich známé, že jsou velice náročné pro pojmenování u pacientů s Alzheimerovou nemocí, ať při těžkém, středně těžkém, či lehkém stádiu této demence. Bartoš, Orliková, Čermáková, Al-hajjar, Řípová (2013) také dále uvádí, že tyto testy jsou připraveny k více účelům v hodnocení, diagnostice nebo léčbě jazykových, paměťových a dalších kognitivních deficitů.

1.5 Epidemiologie a léčba

Dle ÚZIS (2015) byl v roce 2010 počet lidí s demencí odhadnut na 3,6 milionu a podle populačních projekcí by do roku 2050 měl počet osob ve věku 60 a více let dosáhnout celosvětově 2 miliard a tvořit přibližně 22 % světové populace, nejčastější formou demence je Alzheimerova choroba, která tvoří přibližně 60–70 % všech případů demence.

Léčba demencí je prováděna psychoterapií, nebo farmakoterapií a speciální terapií, do které patří arteterapie (Jiráček, 2008). Velice důležité jsou nejen každodenní procházky, posilovací cvičení dle schopnosti nemocného ale také přiměřená duševní aktivita (Mlčoch, 2012). Farmakoterapii lze rozdělit na kognitivní a nekognitivní, kde do kognitivní patří inhibitory cholinesteráz, „zametači volných radikálů“, vitamíny E a C, preparáty z Jinanu dvoulaločného, nootropica, vazodilatancia a do nekognitivní farmakoterapie neuroleptika a thymoleptika (Jiráček, 2008).

1.6 Typy demencí

Dle (Pidrman, 2007) rozdělujeme demence na:

- a) degenerativní demence,

- b) sekundární demence,
- c) smíšené formy demence (Baéz, Viadeo, Pérez del Pino, Procházka, Suárez Araujo, 2010)
- d) vaskulární demence (Báez, Araujo, Viadero, Procházka, 2012).

Do degenerativních demencí nejčastěji řadíme Alzheimerovu chorobu (Schenk, Lerner, 2016). Druhé nejčastější degenerativní onemocnění jsou Demence s Lewyho tělísky a Demence při Parkinsonově nemoci (Weil, Lashley, Bras, Schrag, Schott, 2017). Do vzácnějšího typu se řadí Frontotemporální lobární degenerace, dalším onemocněním je Huntingtonova nemoc (Rektorová, 2011) a jako poslední degenerativní onemocnění je Creutzfeldt-Jakobova nemoc (Ilenčíková, 2013).

Do vaskulárních demencí patří vaskulární demence s akutním začátkem, multiinfarktová demence, subkortikální vaskulární demence, smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence, jiné vaskulární demence, vaskulární demence nervové soustavy (UZIS, 2014).

Nejzávažnější a nejčastější sekundární demence jsou multiinfarktová a mikroangiopatická neboli Binswangerova choroba (Pidrman, 2007).

Smíšenou formu demence můžeme rozdělit na smíšenou Alzheimerovu/ vaskulární demenci, smíšenou Alzheimerovu/ jinou primárně degenerativní demenci a ostatní smíšenou demenci (Nespěšná, 2010).

2 Sociální práce

2.1 Definice a cíle sociální práce

Dle Mezinárodní asociace sociálních pracovníků je sociální práce profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám, nebo komunitám zlepšit, nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl (Barker, 2003).

Na jedné straně je cílem sociální práce pomáhat klientům, na straně druhé je cílem sociální práce sociální kontrola a řešení, či prevence sociálních problémů, podpora změny a sociální zachování (Matoušek, 2001).

2.2 Metody sociální práce

Pojem metoda představuje postup, nebo návod, kterým dospíváme k dosáhnutí žadoucího cíle, který je předem stanoven s pomocí plánovité, svědomité činnosti v sociální práci (Špiláčková, Nedomová, 2013). Dle Bednářové (2010) mezi základní metody sociální práce patří případová sociální práce, sociální práce s komunitou, sociální práce se skupinou.

Případová práce je zaměřena na jednotlivce, který potřebuje pomoc, kdy hodnota každého člověka je nadřazena nad všechno ostatní, jako jsou zájmy instituce, nebo hmotné hodnoty (Chlápková, Krčmářová, Skácelová, Vrbková, 2014).

Dle Navrátila (2001) Komunitní sociální práce je jednou z hlavních metod sociální práce. Komunitní pracovníci nepracují jen v zařízeních sociální práce, ale také v institucích zabývajících se zdravotní politikou komunity, bydlením a rozvojem komunity, politikou zaměstnanosti v komunitě a tak dále a uskutečňuje se v rámci státního i nestátního sektoru.

Na empirických zkušenostech je založena sociální práce se skupinou, kde se jednotlivé skupiny vyvíjejí orientací na cílovou činnost, jakou jsou například společný předběžný zájem, dělba moci a kontroly, tvorba úzkých vztahů a používají se v ní také znalosti skupinového sociálního chování, mezi které patří například vůdcovství, povaha cílů a jejich dosahování, dosahování konformity a zvládání kontroverzí (Mašát, Susa 2012).

Do cílové skupiny sociální práce patří:

- a) jednotlivec,
- b) skupina,
- c) místní komunita,
- d) věková skupina,
- e) shodná nepříznivá životní situace (Bednářová, 2010).

2.3 Sociální služby

Dle Matouška (2007) jsou sociální služby poskytované lidem, které jsou společensky znevýhodněni a to s cílem zlepšit jejich kvalitu života, případně je do společnosti zařadit v maximální možné míře, nebo společnost chránit před riziky, které tito lidé nosí. Sociální služby zohledňují osobu uživatele, dále jeho rodinu, skupiny, nebo zájmy širšího společenství.

Bednářová (2010) uvádí formy poskytování sociálních služeb:

- a) Pobytové - se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.
- b) Ambulantní - se rozumějí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.
- c) Terénní- se rozumějí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Do pobytových služeb mimo jiné řadíme dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách domovy se zvláštním režimem, které určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, osobám závislých na návykových látkách, osobám se stařeckou demencí, Alzheimerovou demencí, nebo jiných typů demencí a mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto nemocnění a jejichž situace si žádá pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Každá osoba má zde svůj specifický režim, který je určen jejím potřebám. Dále dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách jsou vždy při poskytování těchto služeb prováděny činnosti, jako poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační

činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby, při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem (Matoušek, 2007).

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách do sociálních služeb řadíme sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče.

- a) Sociální poradenství zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Základní sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.
- b) Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí. patří sem osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací (= sdílené či respitní) služby, centra denních služeb nebo i centra osobní hygieny, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem,

chráněné bydlení, sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny).

- c) 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. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Patří sem raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.

2.4 Příspěvek na péči:

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

Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

2.5 Náplň práce sociálního pracovníka

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Dalším předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (Matoušek, 2007). V sociální práci jsou velice důležité etické hodnoty a legislativní normy, neboť z nich vychází, k základním hodnotám sociální práce patří lidská práva, humanismus a sociální spravedlnost (Malíková, Holasová, 2014). Sociální pracovník by měl do svého profesionálního jednání zařadit respekt ke klientovi, dobročinnost, empatii, spolehlivost a pravdomluvnost (Flídrová, 2015). Sociální pracovník by měl mít minimálně vystudované vyšší odborné vzdělání sociálního směru, nebo vysokoškolské vzdělání bakalářského či magisterského směru, zaměstnanci s nižším vzděláním sociálního směru jsou bráni jako sociální asistenti (Holasová, 2014). Mezi vlastnosti a dovednosti ideálního sociálního pracovníka by měly patřit zdatnost a inteligence, přitažlivost,

důvěryhodnost, komunikativní dovednosti a to verbální i neverbální, slušnost, schopnost empatie, odpovědnost, tolerantnost (Elichová, 2017).

Za nutnou a samozřejmou součást vzdělávání v profesi řadíme supervizi, která je v sociální práci významná pro dohlížení na práci personálu v sociální péči, sociálních pracovníků a studentů sociální práce a role supervizora je zde vyjádřena buď jako řídicí prvek, který musí zajistit, aby pracovníci zodpovědně zvládali svou práci, či jako profesionální rozvoj pracovníků, nebo podpora pracovníků v náročných situacích (Matoušek, 2016). V procesu supervize supervizor svým působením pomáhá pracovníkům řešit konkrétní problémové situace vznikající na pracovišti při práci s klienty nebo ve spolupráci s ostatními kolegy, supervizor jde zde v roli průvodce, který pomáhá pracovníkům vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení v problematických situacích (Elichová, 2017). Část práce v pomáhajících profesích je vytváření vztahů a prostředí, kde se klienti učí poznávat sebe a okolní prostředí a aby sociální pracovníci byli schopni napomáhat druhým s učením, musí i oni sebe podporovat v učení a rozvoji, a tím daleko lépe naplňují potřeby svých klientů a organizace, které supervizi provádí, dokáží i lépe naplňovat potřeby svých zaměstnanců (Malíková, Holasová, 2014).

Lidé, kteří pracují s klienty, nebo pacienty jsou vystaveni zátěžovým situacím, kterých není málo a tak může dojít k tomu, že se nahromadí všechny faktory ovlivňující syndrom vyhoření (burn-out syndrom) a obranou proti vyhoření má zásadní vliv preventivního opatření a znalost příčin tohoto problému (Venglářová, 2007). Syndrom vyhoření se projevuje psychickým, fyzickým a emočním vyčerpáním, vyhasnutím, které je způsobeno dlouhým setrváním v situacích emocionálně náročných spojených s pracovní zátěží (Matoušek, 2016).

Venglářová (2007) uvádí procesy vyhoření:

- a) Nadšení, smysluplnost, jasný cíl práce,
- b) Smysl se ztrácí, člověk pracuje „za něco“.
- c) Život v popeli (ztráta úcty k druhým a ztráta úcty k vlastnímu životu, propad do života beze smyslu).

Ochrana před syndromem vyhoření spočívá v uchování si své vnitřní motivace a neopomenutí na své záliby, dále pracováním na rodinné harmonii, pravidelným

dobíjením energie například výběrem dovolené, vyhledávání společnosti milých lidí, dodržovat své pracovní podmínky, starat se o dobrou fyzickou kondici, praktikovat řízené dýchání pokud se dostaneme do psychického napětí, důležitý je pravidelný a kvalitní spánek, při zvýšeném napětí umět relaxovat (koupel, jóga, kadeřník a tak dále), kvalitní a pestrá strava bohatá na vitamíny a minerály, pokud už je situace neúnosná včas vyhledat odborníka (Stock, 2010).

2.6 Role sociálního pracovníka

Dle Dvořáčkové (2012) se od dob minulých změnila požadavky na vzdělání a také náplň práce sociálních pracovníků, dříve se zabývali spíše finančními problémy uživatelů, jako jsou například výplaty důchodů, vyřizování příspěvků na péči, agendou depozitních účtů a tak dále. Ale postupně se však úloha sociálních pracovníků rozšiřuje do oblasti individuální práce s klienty, individuálního plánování, aplikace různých druhů terapií, jako jsou například reminiscence, trénování paměti, muzikoterapie, arteterapie, a tak dále. Dále dle Dvořáčkové (2012) jsou sociální pracovníci také více v kontaktu nejen s klientem samotným, ale i s rodinou klienta, koordinují práci dobrovolníků, metodicky vedou a proškolují pracovníky v přímé obslužné práci a vedou i praxe studentů.

Základní role sociálního pracovníka dle Lahnerové (2012) jsou:

- a) Pečovatel, poskytovatel služeb- napomáhá tam, kde klient z nějakého důvodu nezvládne vykonávat důležité činnosti každého dne,
- b) Zprostředkovatel služeb- doprovází klienta na různá jednání za účelem odborné pomoci při jednání, pravidelně s klientem formou konzultace probírá danou situaci a vyhodnocuje jeho kroky, nebo aktivity, zprostředkovává další služby,
- c) Cvičitel sociální adaptace- pomáhá klientům uspořádat jejich chování tak, aby mohli účinněji řešit své problémy,
- d) Poradce nebo terapeut- pomáhá klientům získat náhled na jeho postoje, pocity a způsoby jednání, napomáhá mu rovněž v jeho osobnostním růstu, poskytuje psychosociální podporu a podporu výměny zkušeností,
- e) Případový manažer- zajišťování, koordinace, pro klienty vhodně vybírá služby,
- f) Manažer pracovní náplně- organizátor nadměrného objemu práce, plánování, načasování a dávkování intervence, sledování kvality služeb,

- g) Personální manažer- osoba zajišťující výcvik a výuku, konzultace a řízení pracovníků,
- h) Administrátor- vedoucí pracovník, nebo ředitel zařízení, pánuje, rozvíjí a zavádí způsoby práce,
- i) Činitel sociálních změn- angažuje se při identifikaci a řešení širších společenských problémů.

2.7 Standardy kvality sociálních služeb

V zákonné podobě vstoupily v platnost 1. ledna 2007 s účinností zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Čámský, Krutilová, Sembdner, Sladký, 2008). Smyslem standardů kvality sociálních služeb je popisování té skutečnosti, jak má vypadat kvalitní sociální služba, dále také průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby, důležitým rysem standardů je jejich obecnost, neboť jsou použitelné pro všechny druhy sociálních služeb (Bednářová, 2010).

Zákon o sociálních službách č. 108/ 2006 Sb. nabízí následující nástroje:

- a) Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.
- b) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. 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. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

2.8 Aktivizační činnosti

Volnočasové skupinové aktivity se volí podle potřeb seniorů, jsou v souladu s jejich zájmy, nabídka těchto aktivit bývá většinou velice pestrá a široká, umožňují seniorům smysluplně trávit čas a být v kontaktu s ostatními lidmi (Votočková, 2016). Pro lidi trpící demencí je velice důležité využití smyslové aktivizace, protože umožňuje těmto

lidem žít samostatně, aktivně, smysluplně a důstojně, k této aktivizaci se využívají předměty a činnosti běžného dne, nebo známé obrázky, slova, vůně, či zvuky (Olivová, 2018). Cílem smyslové aktivizace je například aktivizace pohybového aparátu, orientace venku, nebo uvnitř, orientace o ročním období, podpoření jemné a hrubé motoriky, práce s pamětí a trénink paměti, napomáhání schopnosti komunikovat, koordinace pohybu, aktivní práce rodinných příslušníků, podpora fyzického a duševního zdraví (Wehner, Schwinghammer, 2013). Při práci s osobami trpících demencí je velice důležité si uvědomit, že je to člověk nemocný a je třeba se k němu chovat s úctou, nemluvit o něm urážlivě, nejednat s ním jako s malým dítětem, nedávat najevo přemíru soucitu, nezahrnovat ho nadměrnou péčí, také je potřebná při práci s člověkem s demencí týmová péče lékařů, zdravotních sester, fyzioterapeutů, ošetřujícího personálu a rodinných příslušníků, vhodná volba léků, důležitý je také metodický postup, který je přizpůsobený možnostem pacienta s demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá 2007). Činnosti nabízené pro osoby se syndromem demence jsou základem tzv. nefarmakologických intervencí a jejich základem jsou nespécifické, nebo i specifické aktivity, které mají pozitivní efekt v motivaci nemocného, v oblasti celkové aktivity člověka a zlepšení jeho soběstačnosti (Hájková, Hradcová, Janečková, Mátlová, Vaňková, 2016).

Kuzníková (2013) rozděluje typy skupiny dle:

- a) skupiny úkolové jsou zaměřené na splnění úkolu, nebo závazku (vytváření nových myšlenek, rozhodování, zaměření na potřeby klienta (supervize, interdisciplinární týmy pracující ve prospěch klienta, zaměření na potřeby organizace (komise, komise pro přípravu projektů, zaměření na potřeby komunity (komunitní koalice) – sociální aktivisté apod.,
- b) skupiny pomáhající jsou zaměřené na uspokojování emotivních a sociálních potřeb vzájemná podpora- podpůrné skupiny, vzdělávání- vzdělávací skupiny, terapie- terapeutické skupiny, sebeuvědomění / růst- skupiny orientované na růst, socializace- socializační skupiny.

2.8.1 Reminiscenční terapie

Dle Janečkové, Vackové (2010) se reminiscenční terapie definuje jako rozhovor terapeuta se seniorem nebo skupinou o tom, co v životě prožil, o oblíbených aktivitách, o jeho dřívějším životě. Patří mezi metody, které využívají vzpomínek a jejich

vybavování si prostřednictvím různých podnětů a je vhodná nejen pro zdravé seniory, u kterých má hlavně preventivní a aktivizační význam, ale také pro seniory trpící demencí, protože tyto pacienti mají porušenou krátkodobou paměť, na rozdíl od té dlouhodobé, velmi dobře si vybavují události z minulých dob (Prokešová, 2016). Reminiscenční terapie využívá více cest k vybavení si vzpomínek z minulosti, například senzoričká stimulace, jako je například dotek, vůně, návštěva různých míst co vyvolávají vzpomínky, anebo sbírky reminiscenčních pomůcek jednotlivých klientů, jako jsou například fotografie, novinové články, staré věci, obrázek, špulka nití, staré časopisy, rybářský prut, první botičky dětí a tak dále (Šimek, 2017). „Terapie vzpomínkou“ aneb reminiscenční terapie také pomáhá pracovníkům v sociálních službách lépe pochopit potřeby a chování každého z klientů a tím pak dochází k lepšímu upevnění vztahů mezi těmito klienty a pracovníky a také k plánování služby „šité na míru“ (Janečková, Vacková, 2010).

Dle Špatenkové, Bolomské (2011) reminiscenční terapii můžeme vnímat nejen jako omezený soubor technik, ale jako mnoho dalších přístupů, to jak terapii využijeme, závisí na daném terapeutovi, to jaké má zkušenosti s touto terapií, nebo dovednosti, ale také na ochotě klientů, se kterými pracuje. V reminiscenční terapii rozlišujeme 4 různé přístupy:

- a) Narativní přístup,
- b) Reflektující přístup,
- c) Expresivní přístup,
- d) Informační přístup

2.8.2 Zooterapie

Jedná se o souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které se zakládají na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem (Freeman, 2007). Neradzič (2006) označuje zooterapii jako metodu, která využívá zvířata jako léčebné prostředky pro člověka. Zvířata využívaných k této terapii je spousta, například pes, kuň, kočky, lamy, delfíni, sloni, různá hospodářská zvířata, ale také ptáci, drobní savci, hmyz, plaz, či akvariijní rybičky (Antitera, 2009).

Jejím posláním je:

- a) zlepšování zdravotního a psychosociálního stavu,
- b) využívání pozitivního působení zvířete na člověka k terapii, k relaxaci i při výchově
- c) ke zlepšení kvality života osob se znevýhodněním
- d) k plnohodnotnějšímu sociálnímu začlenění (Koníček, 2009).

2.8.3 Ergoterapie

Dle Krivošíková, 2011 se ergoterapie zaměřuje na praktické problémy člověka, který tuto terapii praktikuje. Tato terapie se využívá ke zlepšení zdravotního stavu a postižení, které člověka omezují a je aplikována od dětství, až po stáří. Dále dle Krivošíková (2011) Terapeut při této terapii pozoruje klienta a tím má možnost odhalit jeho větší problémy, jak v běžných, tak v modelových situacích. Faktem je, že vážnější problémy, které klient má, se odráží do jeho praktické činnosti a tak lze chování jedince vhodně zvoleným zaměstnáním pozitivně ovlivnit (Müller, 2014).

Cílem ergoterapie pomoci osobám zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech, pracovních činnostech a aktivitách volného času a nejdůležitějším terapeutickým prostředkem je smysluplná činnost či zaměstnávání, které pomáhá k obnově postižených funkcí (Rodová, 2015). Náplní práce ergoterapeuta je například provádění ergoterapeutického vyšetření, provádění a hodnocení nácvik běžných denních činností, sestavování krátkodobého a dlouhodobého plánu terapie a tak dále (Klusoňová, 2011).

3 Cíl práce a výzkumné otázky

3.1 Cíl práce

Cílem práce je popsat specifika, možnosti a limity sociální práce s lidmi se syndromem demence v Kraji Vysočina.

3.2 Výzkumné otázky

Pro tuto práci byla stanovena jedna výzkumná otázka.

HVO 1 – V čem spočívá sociální práce s uživateli se syndromem demence v domově pro seniory se zvláštním režimem?

3.2.1 Dílčí výzkumné otázky

V čem spočívá práce sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem?

Jak vypracováváte individuální plán?

Jaký je harmonogram dne pro seniora, který trpí demencí?

Jaké metody sociální práce využíváte?

Pracujete se seniory odlišně podle stupně demence?

Jaké metody, terapie a přístupy aktivizace využíváte při práci s klienty?

Používáte pro klienty nějaké speciální pomůcky?

Jaký multidisciplinární tým o klienty pečuje?

Jakou práci dělají pracovníci v sociálních službách?

V čem spočívá práce s rodinou klienta?

Vedete v domově schránku důvěry?

Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření?

Jaké jsou možnosti sociální práce v domově se zvláštním režimem?

Jaké jsou limity sociální práce v domově se zvláštním režimem?

4 Metodika

4.1 *Metody a techniky sběru dat*

Empirickou část své bakalářské práce jsem realizovala s využitím metody dotazování formou polořízeného rozhovoru se sociálními pracovníky v domovech se zvláštním režimem.

Dle Reichela (2009) vychází forma polořízeného rozhovoru z předem daných témat a volně přidružených otázek. Pořadí, volba a formulace slov může být pozměněna, popřípadě mohou být některé nesrovnalosti dodatečně vysvětleny. Pokud tazatel považuje některé z otázek za nevhodné, může je dokonce vynechat. Stejně tak může jiné otázky naopak přidat.

Dle Hendla (2016) je cílem kvalitativního výzkumu zjištění náhledu jednotlivců nebo skupin na svět a jeho interpretace z jejich pohledu, sleduje jejich chování, jeho důvody a příčiny. Definice kvalitativního výzkumu spočívá v zaměření se na získání hlubokého vhledu do sociální reality zakládající se na relativně malém počtu informantů nebo pozorování, kdy kvalitativní výzkum je vhodný v situacích, ve kterých o sledovaném subjektu víme jen málo, a provádí se obvykle intenzivním nebo prodlouženým kontaktem s oblastí nebo životními situacemi, většinou banálními, odrážejícími každodenní život jednotlivců, skupin, společností a organizací. Dále dle Hendla (2016) mezi metody kvalitativního výzkumu řadíme individuální hloubkový rozhovor, expertní rozhovor, odvozené metody – párový rozhovor, asistovaný nákup atd., etnografické výzkumy, dotazníkové šetření, ankety, různé druhy pozorování, analýza dokumentů, expertní studie a rešeršní průzkumy.

Dle Kutnohorská (2009) kvalitativní výzkum, který je všeobecně považován za protiklad přístupu kvantitativního nebo objektivistického, střídá místo jednoho postupu hned několik postupů. Mezi kvalitativní výzkumy patří výzkumy diagnostické, explorační, verifikační nebo exploračně-verifikační. Dále dle Kutnohorská (2009) výzkumy můžeme použít samostatně nebo ve spojení s výzkumy kvantitativními:

- a) kvalitativní výzkum směřující k individuální teorii,
- b) kvalitativní výzkum směřující k typologii,
- c) kvalitativní výzkum jako úvod do kvantitativního výzkumu,
- d) kvalitativní výzkum, v němž se ověřují výsledky kvantitativního výzkumu,

e) kvantitativní a kvalitativní elementy v tom samém výzkumu.

4.2 Výzkumný soubor

Výzkumná část bakalářské práce byla vypracována na základě dat získaných od informantů, mezi které patřili sociální pracovníci, oslovených organizací Kraje Vysočina. Těchto organizací bylo celkem 21. Z nich s provedením výzkumu souhlasilo 9 organizací. Reálně provedený výzkum byl v těchto 9 organizacích s 10 sociálními pracovníky. Zdroj kontaktů na tyto organizace jsem čerpala z Registru poskytovatelů sociálních služeb. Tento přehled byl aktualizován k datu 1. 2. 2017. Postupovala jsem telefonickým oslovením ředitelů všech organizací, při kterém jsem je seznámila s důvodem a rozsahem výzkumu a na základě jejich souhlasu mi byl předán kontakt na konkrétního sociálního pracovníka organizace. Touto formou jsem získala souhlas od devíti organizací (ve výzkumné části vyznačeny O1 – O9) s tím, že v rámci jedné organizace jsem vedla výzkum se dvěma sociálními pracovníky (sociální pracovníky ve výzkumné části označuji P1 – P9a / P9b). 8 z 9 oslovených sociálních pracovníků byla vysokoškolského bakalářského vzdělání. Pouze jedna tázaná sociální pracovnice byla vyššího odborného vzdělání a jedna magisterského vzdělání.

4.3 Realizace výzkumu

Teoretickou část své bakalářské práce jsem začala studiem odborné literatury a vyhledávání vhodných zdrojů. Na základě těchto zdrojů jsem vypracovala obsah všech předem připravených témat. Jakmile jsem měla teoretickou část práce hotovou, vypracovala jsem si rovněž s využitím odborné literatury otázky pro část empirického výzkumu vykonaného formou polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky v domovech se zvláštním režimem.

Empirickou část své bakalářské práce jsem začala v červenci 2017 přípravou přehledu sociálních pracovníků v domovech se zvláštním režimem v Kraji Vysočina. Čerpala jsem z Registru poskytovatelů sociálních služeb, kde jsem s pomocí vyhledávání zaměřeného na Kraj Vysočina dohledala přehled 21 organizací. Tento přehled byl aktualizován k datu 1. 2. 2017.

U každé z organizací jsem se v období červenec 2017 telefonicky spojila s ředitelem dané organizace, sdělila mu důvod a rozsah výzkumu, a požádala o kontakt na sociálního pracovníka. S tímto sociálním pracovníkem jsem se následně také spojila,

znovu vysvětlila důvod a rozsah výzkumu a po jeho souhlasu jsme se domluvili na termínu realizace výzkumu.

Během realizace výzkumu byl každý sociální pracovník seznámen s jeho detaily, cílem, rozsahem a otázkami, které v rámci něj budou použity. Sociální pracovníky jsem také informovala o tom, že získané informace budou použity pouze v rámci mé bakalářské práce. Při osobním setkání se sociální pracovník prokázal svým jménem. Rozhovor se s ohledem na zajištění soukromí konal v prostorách kanceláře sociálního pracovníka. Ve své práci s ohledem na bezpečnost a ochranu osobních údajů uvádím pozměněná jména všech informantů. Výzkum byl s jednotlivými sociálními pracovníky prováděn formou rozhovoru trvajícího 20 – 30 minut. Otázky spojené s výzkumem jsem si předem připravila tak, aby byly strukturovány stejně pro všechny informanty.

V rámci výzkumu jsem si rozhovory s informanty po jejich předchozím souhlasu nahrávala na diktafon s tím, že informanti byli informováni o tom, že nahraný rozhovor bude použit pro účely bakalářské práce. Rozhovory jsem ze získaných záznamů přepsala v programu MS Word do textové podoby. Dokumenty jsem dále zpracovala metodou otevřeného kódování, kdy jsem ze získaných kódů vytvořila kategorie a podkategorie, se kterými jsem mohla dále pracovat.

5 Výsledky

Kapitola Výsledky je zaměřena na vyhodnocení výsledků provedeného výzkumu. Jednotlivé fáze rozdělují do kategorií a podkategorií logicky jdoucích po sobě od příjmu klienta do zařízení po hodnocení spokojenosti se sociálními službami organizace a péče o její zaměstnance.

5.1 Základní identifikační údaje

Tabulka 1: Identifikační údaje

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9a	P9b
Věk	57 let	44 let	48 let	25 let	30 let	55 let	24 let	34 let	40 let	28 let
Pohlaví	Žena	Žena	Žena	Žena	Muž	Žena	Žena	Žena	Žena	Žena
Vzdělání	Bc.	Bc.	Dis.	Mgr.	Bc.	Bc.	Bc.	Dis., Bc.	Bc.	Bc.
Délka praxe	33 let	15 let	12 let	1,5 roku	8 let	11 let	1 rok	10 let	10 let	6 let
Délka praxe v DZR	1,5 roku	1 rok	12 let	1,5 roku	8 let	9 let	1 rok	2 měsíce	1,25 roku	1,25 roku
Absolvované kurzy	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 1 uvádím identifikační údaje sociálních pracovníků zkoumaných organizací. Celkový počet organizací účastnících se tohoto výzkumu bylo 9. Ve většině případů jsem výzkum prováděla s jedním sociálním pracovníkem. V jednom případě se rozhovoru účastnily dvě sociální pracovnice najednou. S výjimkou jednoho muže se jednalo ve všech případech o ženy. Věk oslovených pracovníků se pohyboval v rozmezí 24 – 57 let. Nejčastějším vzděláním bylo bakalářské, dále jedno magisterské a jedno vyšší odborné. Všichni oslovení měli absolvované další kurzy a délka praxe v DZR byla od 2 měsíců po 12 let. Celková délka praxe se pohybovala v rozmezí 1 – 33 let.

5.2 Příjem klientů a individuální plán

Kategorie 1 se zaměřuje na popis způsobu, jakým se klienti s demencí mohou dostat do organizace a zda je podmínkou přijetí příspěvek na péči. Zaměřuje se také na celkový

počet klientů a jejich individuální plán. Informace postupně rozepisují v následujících podkategoriích.

- Počet klientů v organizacích
- Způsob příjmu klientů
- Individuální plán klientů

5.2.1 Počet klientů v organizacích

Jako první jsem se zaměřila na zjištění celkového počtu klientů s demencí v jednotlivých organizacích. Zatímco sociální pracovnice P1 uvedla současný počet klientů 6, P2 uvedla celkový počet 40, tedy plnou kapacitu. P3 uvedla počet klientů 28. P4 uvedla, že mají dvě budovy, po 108 klientech v první a po 64 klientech ve druhé budově. P5 uvedl celkový počet klientů 88, P6 39 klientů, P7 92 klientů, P8 70 klientů a P9 celkem 48 klientů.

5.2.2 Způsob příjmu klientů

V podkategorii 2 se zaměřuji na způsob a podmínky přijetí klienta s demencí do dané organizace. Zjišťovala jsem především informace o tom, zda klienti již před nástupem do zařízení musí mít zřízen příspěvek na péči. Ve většině organizací příspěvek na péči povinný není. Na otázku, zda musí mít klienti příspěvek na péči, sociální pracovník P7 uvedl: *„Nemusí, protože jsme soukromý zařízení. Tak že oni když se k nám hlásí a příspěvek na péči nemají, tak se u nás platí tzv. smluvní ujednání ve výši prvního stupně příspěvku na péči a jakmile ten člověk nastoupí, tak já si tu žádost podám. A od té doby, než je ten příspěvek vyplacen, tak rodina platí ten první stupeň, a jakmile je vyplacen, tak 80% vracíme. Obvykle je to v době tří měsíců, než je přiznaný.“* Ve dvou organizacích sociální pracovníci P1 a P6 uvedli, že u nich příspěvek naopak povinný je. Sociální pracovník P6 uvádí: *„V každém případě by ho měli dostat po nástupu k nám, protože člověk, který nemá nárok na příspěvek na péči nebo mu nebyl přiznaný, tak se má za to, že ještě zvládne fungovat v přirozeném prostředí a tím pádem nemá důvod využívat služby sociálních služeb.“* Vzhledem k tomu, že se jedná o klienty s demencí, tak ve většině případů podává žádost o přijetí přímo jejich rodina, nebo klienti přicházejí také z hospicu, jak uvedl sociální pracovník P2.

5.2.3 Individuální plán klientů

Sociální pracovníci ve všech organizacích se shodují na tom, že pro potřeby práce s klienty je nutné vypracování individuálního plánu. Každý klient je jiný, má jiné

potřeby i svůj životní příběh a je tedy potřeba k němu přistupovat jiným způsobem. Informace o klientech jsou získávány od rodiny, protože klient s demencí si vše potřebné nedokáže vybavit. Sociální pracovníci P1, P5 a P9 individuální plán sestavují sami. Ostatní sociální pracovníci uvádějí, že v jejich organizaci individuální plán sestavují klíčoví pracovníci a oni osobně je pouze kontrolují. P4 a P5 používají počítačový program Cygnus 2. Individuální plán se skládá z několika součástí. Na otázku způsobu vypracování individuálního plánu P1 uvedla: „*No, hodně podrobně. Individuální plán máme hodně rozsáhlý, hodně zpracovaný. Asi tak na x listů. Skládá se ze spousty věcí. Máme tam osobní list, máme tam profil, osobní plán, plán podpory, rizikové plány, aktivizace. Prostě komplexní přehled o tom klientovi, individuální plán nastavujeme dle potřeby, ale maximálně 1x za půl roku, nebo pokaždé, když je potřeba*“. Osobní cíle klienta, pokud je to možné, si klient sestavuje sám.

5.3 Náplň práce sociálního pracovníka

Kategorie 2 se zaměřuje na zjištění náplně práce sociálních pracovníků ve zkoumaných organizacích. V převážně většině se sociální pracovníci při odpovídání na otázky určené pro získání informací do této kategorie ve svých odpovědích shodovali. Ať už se jedná o vyřizování žádostí o přijetí do organizace, kontaktování žadatelů, sjednávání osobních schůzek, informování o zařízení, sociální šetření, sepisování smluv, příjem klientů, zastupování klientů na úradech (Úřad práce, Okresní správa sociálního zabezpečení), v nemocnicích, dotazování na ministerstva, vyřizování příspěvků na péči, starost o finanční záležitosti a další administrativa obecně. Dále se starají o mentorování podřízených pracovníků, o standardy kvality, metodickou činnost, poskytují základní sociální poradenství, fungují jako prostředník mezi rodinou klienta a týmem, jednají s blízkými osobami a rodinou, poskytují jim odpovědi na jejich dotazy a doporučují další organizace. V případě úmrtí klienta vyřizují pozůstalost (podklady notářům apod.). Sociální pracovnice P9a řekla: „*Holka pro všechno (smích). V tuto chvíli to ale tak fakt je, protože zase to je zapříčiněno hlavně tím nedostatkem personálu. Nejsou lidi. Tak nastupujeme my. Jdeme do přímý péče. Jdeme aktivizovat. Pak honem jedeme i na doprovod, když to jinak nejde. Musíme zvládat tu papírovou práci, musíme myslet na splnění různých termínů, mít všechno v pořádku, furt něco podávat, furt o něco žádat, s rodinami jednat, je to bláznivec. Tak že holka pro všechno (smích). To je role sociálního pracovníka (smích).*“ Jak jsem již uvedla, všechny organizace poskytují základní sociální poradenství. Sociální pracovníci P7 a P8 uvedli, že poskytují také

sociální poradenství na základě uděleného certifikátu. Na otázku poskytování služeb sociálního poradenství P7 řekla: „*Ano, poskytujeme. Jsme vlastně zařazeni v síti, nebo máme certifikát Vážka od České Alzheimerovské společnosti, tak že jsme kontaktním místem pro Vysočinu*“. Sociální pracovnice P8 na stejnou otázku odpověděla slovy: „*No, my máme. Nebo samozřejmě jako sociální pracovník musíme poskytovat podle zákona to poradenství. Máme vlastně v domově ještě poradnu Alzheimer poradnu. Tak že je to další naše služba registrovaná a vlastně slouží rodinám, kteří pečují nebo mají nějaký problém se sebou. Nebo s nějakým rodinným příslušníkem, co se týče třeba problému orientace, tak že nějaké poradenství máme, jako jednu z registrovaných služeb*“.

5.4 Specifika sociální práce

Kategorie 3 je zaměřena na specifika sociální práce v domovech se zvláštním režimem. V první řadě jsem v rámci svého výzkumu zjišťovala fakt, zda sociální pracovník je v přímé péči s klientem. V pěti případech sociální pracovníci P1, P2, P3, P6 a P7 uvedli, že nejsou v přímém kontaktu s klientem, čili nezajišťují hygienu, péči o vlastní osobu, stravování, aktivizace atd. Pomáhají klientům řešit pouze administrativní záležitosti, jako jsou důchody, péče o finance, komunikace s úřady apod. Přímý kontakt s klientem v tomto případě zajišťují ostatní podřízení pracovníci. Sociální pracovníci naopak často komunikují s rodinou klienta nebo jeho opatrovníkem. Důvodem je přitom samotná demence klientů, kteří si většinou nepamatují všechny náležitosti, a tudíž pak poskytují nepřesné informace. Klientka P7 k tomu uvedla: „*Já s klienty nepracuji přímo. Protože nejsem v přímé péči. Nicméně každodenně se s klienty vidám. Snažím se to rozložit tak, abych fakt za ten týden se se všema nějakým způsobem potkala, všechny si zkontrolovala, ať už osobně nebo pokoje. Jednám teda hodně s rodinami, tak že doopravdy jako přímo s klienty úplně do styku přijít nemusím.*“ Sociální pracovníci P4, P5, P8 a P9 naopak uvedli, že v přímé péči s klienty pracují.

Sociální pracovníci všech organizací se shodli v tom, že jejich práce vyžaduje vyšší časovou náročnost, individuální přístup, trpělivost, empatii, naslouchání, oční kontakt, mimiku a jednání s klientem na základě pozorování. Sociální pracovnice P7 řekla, že jejich oddělení je uzavřené, a proto klienti nemohou volně ven. Naopak ale mají k dispozici zahradu, po které se mohou volně pohybovat.

Zjišťovala jsem také to, v jaké roli se sociální pracovníci nejčastěji nachází. Každý z oslovených sociálních pracovníků svou roli popsal odlišným způsobem. Někteří ji popsat nedokázali vůbec.

Tabulka 2: Role sociálních pracovníků

Sociální pracovník	Uvedená role
P1	Sociální
P2	Role koordinátora a zprostředkovatele
P3	Role manažera
P4	Poradenská
P5	Neuvedl
P6	Radikální, angažovaná
P7	Pomáhající
P8	Pomáhající
P9a/P9b	Pomáhající / pomáhající

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 2 uvádí jednoduchý přehled pracovníků P1 - P9a/P9b (levý sloupec), kterých jsem se dotazovala na jejich roli v rámci organizace, ve které působí (pravý sloupec).

5.5 Možnosti a limity sociální práce

V kategorii 4 Možnosti a limity sociální práce popisují aspekty důležité pro každého sociálního pracovníka. Mezi nejdůležitější možnosti patří kontakt s rodinou. Na něm se shodlo všech devět oslovených sociálních pracovníků. P1 k tomu řekla: „*Možná asi větší kontakt s rodinou. Protože pro klienty je to hodně důležité. A nebo vůbec práce s tím kolektivem.*“ K dalším možnostem patří zajištění funkce chodu DZR, splnění podmínek smlouvy, zajištění spokojenosti klienta, jednání se zájemci a jejich rodinou, zastupování na úradech, zapojení klienta do normálního prostředí, ovlivnění kvality poskytované péče, podílení se na individuálních plánech, chození na kulturní akce, komunikační zdatnost, získávání různých kontaktů. Sociální pracovnice P7 uvedla jako možnost také neomezené vzdělávání pracovníků, které jim organizace umožňuje. P4 k tomuto tématu navíc uvedla: „*My se snažíme najít nové metody. Nové způsoby, jak s těmito lidmi pracovat. Snažím se, aby nám tyhle metody tak trošičku otevřely nebo alespoň přiblížily ten svět tady těchto lidí. Naposledy jsme s kolegyní prošli školením validace, což je technika, která se nám moc líbila. Je to sociální práce, komunikace s člověkem přes jeho emoce. Přesto co on prožívá, protože u těchto lidí se musí hledat alternativní způsoby komunikace, nejde to tak úplně jako u zdravého člověka.*“

Mezi limity uvedené sociálními pracovníky patří nedostatek času, zábrany klientů, psychická náročnost, žádná zpětná vazba, agrese, úzkost, nepochopení, náročnost práce, syndrom vyhoření, nemožnost nahlížet do zdravotní dokumentace, nemožnost rozhodování o personálních věcech a nedostatek personálu. Sociální pracovnice P9 uvedla jako nedostatek také finanční ohodnocení.

5.6 Péče o zaměstnance

V předchozí kategorii jsem jako jeden z limitů uvedla syndrom vyhoření. V další kategorii se tedy zaměřuji na péči o zaměstnance, která s tím úzce souvisí. Ve většině organizací probíhá prevence proti syndromu vyhoření hned několika způsoby. Ve zkoumaných organizacích se ale našla jedna, kde tuto problematiku dokonce neřešili. Cituji slova sociální pracovnice P3: *„Supervize v současné době nefungují. Jinak asi nijak nepředcházím. Na rovinu. Ne, ne.“* Ostatní organizace na tom byly o poznání lépe. Nejčastější byly supervize (formální i neformální), které se s výjimkou organizace, kde pracovala sociální pracovnice P3, objevovaly ve všech případech. Mezi další prevence syndromu vyhoření v organizacích patřilo praktikování rekreací, snaha oddělit pracovní a osobní život, využití pomoci psychologa, účast na seminářích a školeních, osobní nadhled, bohatý osobní život, odpočinek, pestré aktivity, čas strávený s rodinou. Sociální pracovníci P9 a P2 uvedli také možnost týdne dovolené navíc. P2 dokonce uvádí: *„Supervize jsou ze zákona. Tak že ty probíhají. Dělá se jednou za rok takové posezení zaměstnanců. Pak máme k dispozici finanční fond, ze kterého se mohou dokoupit nějaké potravinové doplňky. Nebo se to dá čerpat formou rekreace nějakého ozdravného pobytu, tak že tímto způsobem. Navíc na zvláštním režimu mají přímý pracovníci týden dovolené navíc.“*

5.7 Spolupráce

Kategorie 6 je rozdělena na dvě samostatné podkategorie, ve kterých se zaměřuji na spolupráci s dalšími pracovníky v organizaci a na spolupráci s rodinou klientů.

- S dalšími pracovníky
- S rodinou

5.7.1 S dalšími pracovníky

Sociální pracovníci ve všech organizacích uvedli, že nějakým způsobem spolupracují s dalšími pracovníky z organizace. V některých případech se oslovení sociální

pracovníci shodovali, jako například u spolupráce s psychologem, s pracovníky v sociálních službách, vrchní sestrou nebo třeba nadřízenými.

Spolupráce s ostatními pracovníky v organizaci se u každého sociálního pracovníka lišila. Sociální pracovnice P1 uvedla mimo výše uvedené, že spolupracuje s instruktorem, ostatními sociálními pracovníky a terapeutem. Sociální pracovnice P2 spolupracuje také s ostatními sociálními pracovníky, s klíčovými pracovníky, staničními sestrami, zdravotními sestrami, aktivizačními pracovníky, rehabilitačními pracovníky. P3 uvedla spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, ostatními sociálními pracovníky, pedikérkou a nákupčí. P4 jako spolupracovníky uvádí zdravotní sestry, staniční sestry, aktivizační pracovníky a ostatní sociální pracovníky. Sociální pracovník P5 uvedl, že spolupracuje se zdravotními sestrami a therapy. P6 spolupracuje s ostatními sociálními pracovníky a zdravotními sestrami. Sociální pracovnice P7 uvedla spolupráci s ergoterapeuty, reminiscenčními pracovníky a se staničními sestrami. Jak uvádí sociální pracovnice P8: *„Takže se jedná o zdravotní sestry, pracovník v přímé péči, takže pracovník v sociálních službách podle zákona, sociální pracovník, vrchní sestra, ta zastihuje tu péči.“* V poslední zkoumané organizaci jsem se účastnila rozhovoru se dvěma sociálními pracovnicemi s tím, že každá z nich spolupracuje s jinými lidmi v organizaci. Sociální pracovnice P9a uvádí: *„Tak to jsou vedoucí, to je vedoucí přímé péče, vedoucí zdravotního úseku a potom ještě do toho spadá vedoucí kontrolorka, ta nás kontroluje, kdybychom si s něčím nevěděli rady, nebyli si úplně jisti. Jestli ten postup je správný podle legislativy, tak voláme právě naši paní kontrolorce, která tohle zajišťuje.“* Pracovnice P9b uvedla: *„Spolupracuji s pracovníky přímé péče, s lektory, se sestřičkami, s paní doktorkou, s psychiatrem, prostě komplet celý tým.“*

Součástí mého výzkumu v podkategorii spolupráce s dalšími pracovníky bylo také zjistit, jaké činnosti vykonávají pracovníci v sociálních službách. V tomto případě se všichni sociální pracovníci shodli na stejných činnostech pracovníků. Jednalo se především o hygienu, starost o klienty a jejich volný čas, stravování, oblékání, polohování, prostorovou orientaci, aktivizace, pomoc při chůzi, pomoc na toaletu, pomoc s pohybem, zajišťování nákupů, výměna inkontinenčních pomůcek, volnočasové aktivity. Na otázku týkající se spolupráce sociální pracovník P5 přímo uvedl: *„Pracovníci v sociálních službách, to může být i zdravotnický personál, i terapeuti, a ti se vlastně starají o zdravotní péči, takže pomáhají klientům se napít, s výměnou*

inkontinenčních pomůcek nebo pomůžou jim si někam dojít, takže s pohybem. Nebo dělají různé nákupy a tak. “

5.7.2 S rodinou

V druhé podkategorii jsem řešila spolupráci sociálních pracovníků s rodinou klienta. Tato spolupráce je velmi důležitá a to jak pro samotné sociální pracovníky a organizaci obecně, tak především pro samotné klienty. Z výzkumu vyplynulo, že klienti, které jejich rodina pravidelně navštěvuje, jsou na tom po psychické stránce daleko lépe, než klienti, které rodina navštěvuje jen velmi zřídka nebo vůbec. Z pohledu sociálního pracovníka je tato spolupráce důležitá především proto, že s ohledem na demenci nejsou většinou klienti schopni sami ve všech ohledech spolupracovat a jen díky spolupráci s rodinou se sociální pracovník může o klientovi dozvědět potřebné informace. Informace o jeho předešlém životě, návycích, životním příběhu obecně, informací o předešlých zdravotních komplikacích apod. Sociální pracovníci všech organizací uvedli, že spolupráci s rodinou preferují. Zejména pak sociální pracovnice P9 kladly na spolupráci s rodinou pádný důraz: *„Ono ne všechny rodiny, tak 50%, tím že toho svého blízkého umístí do pobytových služeb, si myslí, že už je konec, nezám. Ale to my nechceme. Takže já je neustále furt prudím v uvozovkách. Aby se alespoň v něčem museli trošičku starat. A je pravda, že se jim to moc nehodí. Například doprovod k lékaři. A že neví, kdy by to udělali. Tak když už nevím kudy kam, a vím že ta spolupráce nefunguje, když už vidím, že ta rodina se z toho vymlouvá a vyvlíká, tak řeknu, no vždyť, ale vy kdybyste ho měli přeci doma, tak byste s ním zajel k tomu lékaři. No to bych musel. Já bych si to musel v tý práci zařídit. Tak říkám. Tak si to zaříďte, nebo přeobjednáme. Takže tímto ty klienty udržujeme pořád u těch rodin, aby tam byl zájem.“*

Sociální pracovníci se shodují v tom, že návštěva rodin klientů je individuální. U některých klientů to bývá každý den, u jiných jednou za měsíc, rok nebo nikdy. U všech organizací bylo pravidlem i to, že rodina může klientovi cokoli dovézt, například jídlo, časopisy, knihy i oblečené. Ve všech organizacích mají pro tyto účely k dispozici i lednici pro klienty. Sociální pracovnice P6 k tomu navíc uvedla: *„Přesně to se s nimi snažíme domlouvat. Hlavně aby ta rodina měla zájem a spolupracovala si s tím svým seniorem. Protože jak říkám těm rodinám. Lepší když přinesete třeba alespoň jen banán a přijdete s něčím než s ničím. Protože ten klient to vnímá tak, že naši mi něco přinesli. Už je jedno co, ale prostě naši mi něco přinesli. Že na něj nezapomněli.“*

5.8 Komunikace

Kategorii 7 Komunikace jsem pro přehlednost v rámci výzkumu rozdělila také na dvě samostatné podkategorie. Cílem těchto podkategorií bylo zjistit, jak často sociální pracovníci komunikují s klienty a jejich rodinou, jakým způsobem a zda poskytují například poradenství.

- S klienty
- S rodinou

5.8.1 S klienty

Jednou z otázek pro získání informací pro kategorii komunikace, byla otázka na počet klientů, se kterými se sociální pracovník za svůj pracovní den setká.

Tabulka 3: S kolika klienty sociální pracovník komunikuje

Sociální pracovník	Počet klientů / čas
P1	S každým klientem 3x týdně
P2	5-15 klientů za den
P3	Různý počet klientů za den
P4	5-10 klientů za den
P5	4-5 klientů za den
P6	Nepravidelné
P7	15 klientů za den
P8	Různý počet klientů za den
P9a/P9b	48 klientů za den

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 3 zobrazuje přehled sociálních pracovníků P1 – P9a/P9b (levý sloupec) a celkový počet klientů jejich organizace, se kterými se setkávají v rámci různé časové periody (pravý sloupec).

Všichni sociální pracovníci se shodují v tom, že komunikace s lidmi s demencí musí být velice specifická v porovnání s komunikací se seniorem bez demence. Někteří klienti nekomunikují, jiní komunikují jiným způsobem. Co se týče způsobů komunikace, tak sociální pracovníci s klienty komunikují v kruhu, na společné procházce nebo v přímé péči, jak uvedli sociální pracovnice P9b: „*Já ve své podstatě od ranních hygien přes odpolední aktivity klientů, když je zrovna polední klid, ať už je to komunikace s klienty nebo ta přímá péče, já vlastně i tu přímou péči vykonávám, protože je málo pečovatelů.*“ a P9a: „*Já samozřejmě když potřebuju s nima projednat, ať je to jakýkoliv*

návrh na zvýšení příspěvku, nebo přijde pošta pro ně z dalších institucí. A další věc je ta, že mám na starosti tu aktivizaci.“

5.8.2 S rodinou

Jak jsem již uvedla v jedné z předchozích kategorií, komunikace sociálního pracovníka s rodinou klienta je jedním z klíčových bodů. Komunikace probíhá několika formami. Jednoduché záležitosti se ve všech organizacích řeší telefonicky nebo e-mailem. Záležitosti s vyšší prioritou se pak diskutují při osobních schůzkách. Všichni sociální pracovníci se shodují také v tom, že se rodina může vyjadřovat k péči. Například sociální pracovnice P2 k otázce na nutnost kontaktu sociálního pracovníka s rodinou řekla: *„No určitě, většinou je to nutný. Protože když ten člověk nenabírá už tu situaci tak jak by měl, tak je potřeba tu rodinu do toho zapojit.“*

5.9 Průběh dne v organizaci

Kategorie 8 se zaměřuje na to, jakým způsobem probíhá den v jednotlivých organizacích podle popisu sociálních pracovníků, jaké metody sociální práce využívají (práce se skupinou / práce s jednotlivcem) a zda pracují s klienty odlišně podle stupně demence. Pro přehlednost je kategorie rozdělena na podkategorie, z nichž v první se zaměřují na metody sociální práce, ve druhé na harmonogram dne, ve třetí na aktivizační činnosti a ve čtvrté na používané pomůcky.

- Metody sociální práce
- Harmonogram dne
- Aktivizační činnosti
- Používané pomůcky

5.9.1 Metody sociální práce

V podkategorii 1 jsem se jako první zaměřila na metody sociální práce. Většina z oslovených sociálních pracovníků uvedla, že využívají jak metodu sociální práce s jednotlivcem, tak metodu sociální práce se skupinou. Pouze sociální pracovník P2 uvedl, že pracuje pouze s jednotlivci. Konkrétně řekl: *„Se skupinou ne. To by nešlo v těchto podmínkách. Jen to co je individuálně domluvený.“*

5.9.2 Harmonogram dne

Zjišťovala jsem také to, zda průběh dne v organizacích probíhá podle předem stanoveného harmonogramu, či jinou individuální formou. Reakce sociálních

pracovníků byly i v tomto směru jednoznačné. Pouze sociální pracovník P4 uvedl, že podle harmonogramu nepracují. Ostatní oslovení uvedli, že harmonogram aktivně využívají, ale samozřejmě není striktně nutné, aby ho klienti bez podmínek dodržovali. Výjimku tvoří snídaně, obědy a večeře, kdy je nutné zajistit, aby klienti dostali včas své léky. Sociální pracovnice P7 k harmonogramu dne uvedla: *„Harmonogram dne je takový, že my vlastně budíme klienty nebo vstávají postupně. Někdo nám vstává třeba už v pět, protože si myslí, že jde do práce, ale někdo vstává třeba až o půl deváté. Chceme opravdu, aby všichni klienti do devíti byli svázeni nebo svedeni do jídelny, kde dostanou snídani a o půl desáté aby byli všichni na snídani, byly podány léky. Od půl desáté potom probíhají aktivizace u všech klientů. Máme čtyři aktivizační pracovnice, tak že oni si je rozdělí do skupinek zhruba po dvaceti lidech a pracují s nimi až do oběda. Takže někdy do půl dvanácté. Od půl dvanácté je tedy oběd, zhruba do půl jedné. A od půl jedné do dvou je takový ten odpolední klid, kdy ti klienti jsou vysazováni do křesel, do lůžek, odpočívají, vaří se jim káva a mají takovou pohodu. Od dvou si je zase přebírají aktivizační pracovnice až do půl čtvrté. Od půl čtvrté mají zase čas na návštěvy, nebo na takový ten klid. Nebo si je berou třeba pečovatelé na procházky se zdravotníkem a v pět hodin je večeře. A tak do šesti hodin jsou ti klienti ukládáni na pokoj, probíhá hygiena a potom už jsou na pokojích.“*

5.9.3 Aktivizační činnosti

Podkategorie 3 vyznačuje přehled aktivizačních činností v jednotlivých organizacích. Všichni sociální pracovníci ve výzkumu uvedli, že práce s klienty v organizaci je individuální podle stupně demence klienta.

Tabulka 4: Přehled aktivizačních činností

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9a/P9b
Canisterapie	x	x	x	x	x		x	x	x
Ergoterapie		x	x	x	x	x	x	x	x
Reminiscenční terapie		x		x					x
Masáže		x					x		
Aromaterapie		x					x		
Muzikoterapie	x			x	x	x			x
Arteterapie	x								
Felinoterapie			x						
Bazální stimulace		x		x					
Zahradní terapie				x				x	
Dřevo-dílny					x				
Aktivizační králíčky						x			x
Kozlíci, morčata, andulky								x	

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 4 vypisují seznam aktivizačních činností (levý sloupec) a k nim jednotlivé sociální pracovníky P1 – P9a/P9b (sloupce vpravo), kteří se o nich zmínili. Hodnota „x“ v buňce znamená, že v dané organizaci je aktivizační činnosti využívána. Prázdné místo v buňce znamená opak.

5.9.4 Používané pomůcky

Podkategorie 4 zmiňuje pomůcky používané v organizacích pro práci s klienty. Pro přehlednost je vypisují v následující tabulce.

Tabulka 5: Přehled používaných pomůcek

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9a/P9b
Invalidní vozík	x	x		x	x	x		x	x
Chodítka			x	x		x		x	x
Postroj pro posilnění chůze		x							
Francouzské hole		x		x	x	x		x	
Rehabilitační křesla							x		
Antidekubitní matrace			x				x	x	
Speciální nádobí			x						
Polohovací pomůcky							x		
Terapeutické panenky							x		
Zvedáky								x	x
Kočárky									x
Žíněny									x

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 5 vypisují seznam používaných pomůcek (levý sloupec) a k nim jednotlivé sociální pracovníky P1 – P9a/P9b (sloupce vpravo), kteří se o nich zmínili. Hodnota „x“ v buňce znamená, že v dané organizaci je pomůcka využívána. Prázdné místo v buňce znamená opak.

5.10 Spokojenost se sociálními službami

Kategorie 9 Spokojenost se sociálními službami se zaměřuje na to, jakým způsobem se klienti a jejich rodiny vyjadřují ke spokojenosti se službami dané organizace a zda mají nějaké stížnosti. Sociální pracovníci všech organizací uvedli, že pro tyto účely mají zřízenou schránku důvěry. Kromě toho také sociální pracovnice P2 uvedla, že používají webové stránky na stížnosti, knihu přání a stížností. Konkrétně řekla: *„Stížnosti (smích). V minulosti určitě nějaké byly. Za tu dobu, co jsem tady já, tak stížnost nepřišla. Ale vybavení, aby mohla přijít stížnost, jsme. Je tady možnost webové stránky, je tady kniha přání a stížností. Pokud přijde nějaký podnět ústní od klienta, nebo od rodiny, tak se řeší okamžitě, pokud to nechtějí dávat na papír, tak se to řeší hned ke spokojenosti.“* Sociální pracovníci se shodli víceméně v tom, že se ve větším poměru se stížnostmi nesetkávají a pokud ano, tak se jedná o stížnosti spojené s nepochopením. Klienti s demencí si málokdy pamatují, co měli například ke snídani nebo obědu a pak se před svými blízkými zmíní o tom, že dva dny nedostali najíst. Tato situace podle sociálních pracovníků samozřejmě není možná.

5.11 Shrnutí výsledků

Při shrnutí všech výsledků jsem získala informace o tom, že ve všech organizacích přistupují zaměstnanci ke svým klientům trpících syndromem demence podobným způsobem. V 8 z 9 organizací sociální pracovníci nepracují s klienty v přímé péči, ale řeší s nimi spíše formální záležitosti. Případně pokud mají časový prostor, snaží se s klienty komunikovat, aby zjistili nové informace o nich (zda jsou v zařízení spokojeni apod.). S výjimkou jedné organizace je hlavním cílem komunikace s rodinou, kam patří snaha získat od rodiny klienta co nejvíce informací, jejich podporu a dát jí podnět k tomu, aby své blízké co nejčastěji navštěvovala.

5.12 SWOT analýza

V této kapitole se zabývám SWOT analýzami sociální práce v domovech se zvláštním režimem (jednotlivé organizace označují zkratkou O1 – O9) podle informací získaných od jednotlivých sociálních pracovníků.

5.12.1 SWOT analýza v organizacích O1-O9 jednotlivě

SWOT analýza O1

Silné stránky Dobrý kolektiv Jednotný přístup Dobrá koordinace postupu	Slabé stránky Personální obsazení
Příležitosti Podpora pracovníků v rámci různých školení	Rizika Syndrom vyhoření Nepochopení při styku s rodinami

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 6 vyplývá, že mezi silné stránky O1 patří zejména dobrý kolektiv a to jak mezi samotnými pracovníky, tak i mezi klienty. Dalšími silnými stránkami je jednotný přístup a dobrá koordinace postupu, protože bez těchto základních předpokladů by péče o klienty tak dobře nefungovala.

Mezi slabé stránky v O1 patří zejména malé personální obsazení, které podle informace sociální pracovnice P1 znamená nedostatek zaměstnanců.

Co se týče příležitostí, jako důležitou zde vnímám podporu pracovníků v rámci jejich dalšího vzdělávání za pomoci projektů a školení.

Naopak se zmínila o rizicích sociální práce, kam patří především syndrom vyhoření, na který by podle svých slov po tolika letech měla mít sociální pracovnice P1 nárok. Dále se zmínila o riziku spojené s nepochopením při styku s rodinami.

SWOT analýza O2

Silné stránky Náhrada nefungující rodiny	Slabé stránky Omezení zákonem
Příležitosti Prevence syndromu vyhoření	Rizika Neúmyslné poškození klienta

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky 7 jako hlavní silná stránka vyplývá náhrada nefungující rodiny. Toto se dá vnímat jako pomoc člověku v situaci, kdy by si sám nedokázal pomoci. A to zejména pokud nefunguje rodina klienta ani nikdo z jeho okolí.

Mezi slabé stránky patří omezené daná zákonem. A to zejména v situaci, kdy sociální pracovník vidí příležitost klientovi pomoci, ale klient s tím nějakým způsobem nemusí souhlasit a sociální pracovník nesmí jít proti jeho vůli.

Mezi příležitosti uvádím prevenci syndromu vyhoření, který v případě O2 byl brán v úvahu více než u ostatních organizací. Pracovníci zde mají k dispozici týden dovolené navíc, možnost nákupu potravinových doplňků a možnost voucherů na různé rekreační pobyty.

Mezi rizika uvádím neúmyslné poškození klienta. Nejen z fyzické stránky, ale i té psychické, aby sociální pracovník neudělal chybu a nešel proti názoru klienta.

SWOT analýza O3

Silné stránky	Slabé stránky
Spolupráce s ostatními pracovníky	Neřeší syndrom vyhoření
Příležitosti	Rizika
Umění komunikace s klientem s demencí	Agrese ze strany klienta

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 8 jako hlavní silnou stránku organizace O2 uvádím spolupráci s ostatními pracovníky. V této organizaci funguje spolupráce sociálního pracovníka P3 s celou řadou ostatních specialistů na velmi vysoké úrovni.

Mezi slabé stránky naopak uvádím absolutní neřešení prevence proti syndromu vyhoření. Pracovnice P3 uvedla, že ani sama tuto problematiku nijak neřeší. V organizaci také neprobíhají žádné supervize, konzultace ani školení na toto téma.

Mezi příležitosti naopak patří zejména to, že se člověk naučí komunikovat s klienty trpící demencí. Komunikace přitom vyžaduje opatrnost, trpělivost a snahu komunikovat na trochu jiné úrovni.

S tím ale úzce souvisí i rizika. Pokud sociální pracovník s klientem nekomunikuje správným způsobem, nepůjde na něj psychologicky, může se stát, že to u klienta vyvolá agresi.

SWOT analýza O4

Silné stránky Nové způsoby komunikace Zvládnutí stresových situací	Slabé stránky Psychická zátěž
Příležitosti Umění komunikace s klientem s demencí	Rizika Agrese ze strany klienta Nepochopení při styku s rodinami

Zdroj: Vlastní výzkum

Podle tabulky 9 vyšlo najevo, že silné stránky organizace O4 jsou především v hledání nových způsobů komunikace s klienty. Díky tomu jsou pracovníci schopni zvládat i náročnější stresové situace.

Naopak mezi slabé stránky jsem uvedla zvýšenou psychickou zátěž.

Příležitosti zde vyplynuly stejné jako u organizace O3. Tedy naučení se novým formám komunikace, otevření nových obzorů, jak s lidmi s demencí jednat.

Podobně i mezi rizika zde vyplynula agrese ze strany klienta nebo nepochopení ze strany rodiny klienta.

SWOT analýza O5

Silné stránky Zlepšení stavu klienta	Slabé stránky Nedostatek času Náročnost
Příležitosti Získání kontaktů	Rizika Nepochopení ze strany klienta

Zdroj: Vlastní výzkum

Podle tabulky 10 v organizaci O5 uvádím mezi silné stránky snahu o celkové zlepšení stavu klienta, i když u klientů s demencí je to velmi náročné a nemožné, jelikož nemoc se vždy rozvíjí do dalších stádií a klient je na tom postupem času hůře.

Slabé stránky zde vidím v náročnosti práce a také v nedostatku času. Sociální pracovník uvádí nutnost častého papírování, kvůli kterému už nemá tolik času věnovat se klientům, jak by chtěl.

Příležitost naopak vidím v možnosti získávání nových kontaktů a příležitostí do budoucna.

Mezi rizika uvádím možnost nepochopení ze strany klienta, kdy je náročné se s ním s ohledem na jeho demenci na čemkoliv domluvit.

SWOT analýza O6

Silné stránky	Slabé stránky
Naplnění při pomáhání druhým	Syndrom vyhoření
Příležitosti	Rizika
Získávání nových kontaktů	Syndrom vyhoření
Poznávání nových situací	Zklamání z očekávání
Pomáhání druhým	

Zdroj: Vlastní výzkum

U organizace O6 vidím jako silnou stránku naplnění a radost z toho, že pracovníci mohou pomáhat druhým. Tuto práci nemůže vykonávat člověk bez chuti pomáhat.

Jako slabou stránku a současně i velké riziko uvádím syndrom vyhoření. Zejména v případě, kdy si člověk nechá práci přerůst přes hlavu, je příliš empatický, nedá si hranice a má pocit, že může pomoci všem.

Podobně jako u předešlých organizací i zde uvádím příležitosti v poznávání nových kontaktů, nových situací a možnosti pomáhat druhým. Pracovník musí být sociálně založený, aby mohl tuto práci vykonávat.

Kromě syndromu vyhoření mezi rizika uvádím také možnost zklamání. A to v případě kdy člověk očekával od své práce více, ale zjistí, že to pro něj je příliš vysoká zátěž.

SWOT analýza O7

Silné stránky Zadostiučinění Volnost při organizaci času Rozmanitost práce Komunikace s lidmi Vděčnost při práci	Slabé stránky Náročnost práce Nedostatek personálu Syndrom vyhoření Únava
Příležitosti Navazování vztahů Spolupráce, stáže, nabídky zaměstnání	Rizika Riziko napadení Riziko nozokomiální nákazy Riziko vyhoření

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 12 mezi silné stránky organizace O7 uvádím zadostiučinění při práci s klienty, možnost pomoci a rozmanitosti práce, kdy sociální pracovník P7 neřeší pouze administrativu, ale je také v přímém kontaktu s klienty a má určitou volnost v organizaci svého pracovního času. Může si s nimi povídat a ve výsledku se mu dostává vděčnosti od seniorů.

Mezi slabé stránky uvádím především náročnost práce, kdy sociální pracovník působí jako prostředník mezi ředitelkou organizace a ostatními pracovníky. Samozřejmostí je nedostatek personálu, nutnost organizování neustálých náborů nových pracovníků a kvůli tomu nedostatek času věnovat se klientům a s tím spojená únava a syndrom vyhoření.

V příležitostech uvádím navazování nových kontaktů, ať už s rodinami klientů nebo s úřady, s ostatními lidmi z jiných center, možnost různých stáží nebo i nabídek jiných zaměstnání.

Rizikem sociální práce sociální pracovnice P7 uvedla riziko napadení ze strany klienta, nebo různá rizika nozokomiálních infekcí v období chřipek. A samozřejmě syndrom vyhoření.

SWOT analýza O8

Silné stránky Alzheimer poradna v domově	Slabé stránky Náročnost práce Syndrom vyhoření
Příležitosti Osobní rozvoj	Rizika Syndrom vyhoření

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 13 popisuje jednu ze silných stránek organizaci O8 jako Alzheimer poradnu přímo v domově. Tato zde slouží jako registrovaná poradna pro rodiny, které pečují o své rodinné příslušníky.

Mezi slabé stránky jsem umístila častý syndrom vyhoření a podobně jako u jiných organizací také vysokou náročnost práce hlavně z psychické stránky, kdy si člověk nesmí svou práci brát moc osobně, připouštět si ji k tělu a přemýšlet nad ní i doma.

Mezi příležitosti pracovníků patří osobní rozvoj. Zaměstnavatel dává pracovníkům možnost se vzdělávat a dále se ve své profesi posouvat.

Mezi rizika zde patří absolutní pohlcení prací a syndrom vyhoření. Člověk postupem času může zjistit, že je v organizaci dlouho a že se jí nechává pohltnout.

SWOT analýza O9

Silné stránky Různorodost práce Nové kontakty Malý domov = lepší kontakt Udržení kontaktu klienta s rodinou	Slabé stránky Nedostatek pracovníků Nedostatek financí Syndrom vyhoření
Příležitosti Vzdělávání se Aktuality a zajímavosti	Rizika Chybí podpora ze strany města

Zdroj: Vlastní výzkum

V tabulce 14 u organizace O9 jsem mezi silné stránky uvedla různorodost práce, možnost navazování nových kontaktů s klienty a rodinami a také to, že se jedná o malý domov s menším množstvím klientů, což přináší lepší udržování kontaktů s klienty a

jejich rodinami. O9 se snaží o udržení kontaktu klienta s rodinou i v případě, že o to rodina sama příliš nestojí.

Mezi slabé stránky patří především nedostatek financí a s tím spojený nedostatek personálu. Díky nedostatku personálu vyšší časová náročnost na pracovníky a tím častější syndrom vyhoření.

Pracovníci v organizaci O9 mají možnosti se dále vzdělávat, mít aktuální informace z oblasti sociálního odvětví a setkávat se s řadou zajímavostí. Toto uvádím jako příležitosti i pro soukromý život, protože s demencí se může potkat každý. Navíc je to taková škola trpělivosti.

Mezi největší riziko patří neochota spolupráce ze strany města, které v organizaci O9 vidí konkurenci pro vlastní domov, který se samo město chystá v budoucnu vybudovat.

5.12.2 SWOT analýza shrnutí

<p>Silné stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> Různorodost práce Nové kontakty Vděčnost práce Udržení kontaktu klienta s rodinou 	<p>Slabé stránky</p> <ul style="list-style-type: none"> Nedostatek pracovníků Nedostatek financí
<p>Příležitosti</p> <ul style="list-style-type: none"> Vzdělávání se Aktuality a zajímavosti 	<p>Rizika</p> <ul style="list-style-type: none"> Syndrom vyhoření Agresivita klientů

Zdroj: Vlastní výzkum

Ze souhrnné SWOT analýzy vyplývá, že největším problémem je nedostatek personálu, kdy v některých situacích sociální pracovníci musí vykonávat práci navíc, kterou běžně dělají pouze pracovníci v sociálních službách. Příčinou tohoto nedostatku je nízké platové ohodnocení sociálních pracovníků a velká náročnost této práce. Častým rizikem je proto syndrom vyhoření. Kromě syndromu vyhoření mezi častá rizika patří také agresivita klientů. Sociální pracovníci si naopak chválí různorodost práce, získávání nových kontaktů, svou práci považují za vděčnou a jsou rádi, když se daří udržet kontakt klienta s rodinou. Mezi příležitosti pak často figuruje možnost se dále vzdělávat a být v obraze v oblasti aktualit a zajímavostí.

6 Diskuse

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na sociální práci s lidmi se syndromem demence. Výzkumnou část bakalářské práce jsem prováděla se sociálními pracovníky vybraných organizací v Kraji Vysočina. Ve výzkumné části jsem si zvolila jeden cíl. Tímto cílem bylo popsat specifika, možnosti a limity sociální práce s lidmi se syndromem demence v Kraji Vysočina. K uvedenému cíli byla připravena jedna výzkumná otázka: V čem spočívá sociální práce s uživateli se syndromem demence v domově pro seniory se zvláštním režimem?

Výzkumnou část bakalářské práce jsem zpracovala s využitím metody kvalitativního výzkumu. Jak uvádí Hendl (2016), v typickém případě kvalitativní výzkum vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. Otázky může modifikovat nebo doplňovat v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. Z tohoto důvodu se někdy kvalitativní výzkum považuje za emergentní nebo pružný typ výzkumu. Dále Hendl (2016) uvádí, že v jeho průběhu nevznikají pouze výzkumné otázky, ale také hypotézy i nová rozhodnutí, jak modifikovat zvolený výzkumný plán a pokračovat při sběru dat i jejich analýze. Práce kvalitativního výzkumníka je přirovnána k činnosti detektiva.

Výzkum byl prováděn metodou polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky v domovech se zvláštním režimem, a to v červenci roku 2017. Používala jsem k němu předem připravenou sadu otázek. Myslím si, že s jejich využitím jsem měla možnost získat maximum možných informací. Dle Reichela (2009), je polostrukturovaný rozhovor vyznačován právě předpřipraveným souborem témat a otázek, který bude jeho předmětem, aniž by bylo striktně stanoveno jejich pořadí. Tazatel může formulace pokládaných otázek částečně modifikovat, přičemž je ale nezbytné, aby byly probrány všechny. Dále dle Reichela (2009) k tomu tazatel může pokládat i doplňující dotazy. Volnost při tomto polostrukturovaném rozhovoru je vhodná k vytvoření přirozenějšího kontaktu tazatele s informantem. Do jisté míry je zde možnost akceptovat jeho osobnostní specifika a komunikace tak může lehčeji plynout.

Před započítím výzkumu jsem si na internetu vyhledala přehled všech domovů se zvláštním režimem v Kraji Vysočina. Tento přehled jsem čerpala z oficiálních internetových stránek kraje. Díky přehledu jsem měla možnost oslovit celkem 21 organizací, z nichž devět souhlasilo s provedením rozhovoru. Domnívala

jsem se, že tento počet je pro provedení výzkumu více než dostatečný. Prvotní kontakt s organizacemi jsem prováděla telefonicky s ředitelem dané organizace, kdy jsem vysvětlila svůj důvod rozhovoru, cíl své práce a výzkumné otázky. U organizací, které s provedením výzkumu souhlasily, jsem se následně domluvila na termínu osobní návštěvy. Tato osobní návštěva probíhala přímo v budově organizace a to se sociálním pracovníkem. V případě jedné organizace se rozhovoru účastnily dvě sociální pracovnice najednou. Samotný rozhovor započal na základě souhlasu sociálního pracovníka s nahráváním na diktafon.

Na rozhovorech se tedy celkem podílelo deset sociálních pracovníků z devíti organizací. V 8 z 9 případů se jednalo o ženy, pouze v jednom případě o muže. Nejmladší sociální pracovníci bylo 24 let, naopak nejstarší 57 let. Podrobné informace o sociálních pracovnících uvádím v tabulce číslo 1. Výzkum pokládám i sama pro sebe za velice přínosný, protože mi dodal nové pohledy do oblasti sociální práce. Rozhovory se sociálními pracovníky byly velice zajímavé a díky nim jsem měla možnost zjistit, že situace v jednotlivých organizacích je velice podobná. Ať už se budeme bavit o náplni práce sociálního pracovníka, aktivizačních činnostech nebo o členech multidisciplinárního týmu, který o klienty pečuje. Sociální pracovníci se mnou jednali příjemně a ochotně mi vysvětlili vše, na co jsem se jich ptala. Ze všech devíti oslovených sociálních pracovníků mě nejvíce zaujala sociální pracovnice P7, která uváděla vyčerpávající odpovědi. Například na otázku týkající se její náplně práce řekla: *„Takže mým hlavním úkolem je zabezpečovat agendu žádostí, obvolávat žádosti, kontaktovat žadatele, sjednávat s nimi osobní schůzky, informovat je o našem zařízení, celkově o tom chodu tady, o délce vyrozumění žádostí, pak sjednávat příjmy ve spolupráci s vrchní sestrou případně s ředitelem zařízení, mentorovat pracovníky v sociálních službách, stanovovat je jakoby klíčovými pracovníky, jednání s úřadama, s okresní správou sociálního zabezpečení, úřady práce, ohlašování určitých změn, hospitalizace, úmrtí, příjmy, další věc mám na starosti ergoterapeuty, reminiscenční pracovníky, takže ve spolupráci s nimi plánuji výlety, aktivizace, různé kulturní akce, výzdobu zařízení. Podílím se také na tvorbě metodik pro pracovníky, takže děláme harmonogramy ve spolupráci s vrchní sestrou. Podílím se na aktualizaci sociálních standardů a vedu i sociální dokumentaci klientů.“* Kromě sociální pracovnice P7 mě zaujali nejvíce také odpovědi sociálních pracovníků P9a a P9b z organizace O9. Z jejich odpovědí bylo zřejmé, že ve své organizaci kladou velký důraz na kontakt

klienta s rodinou. Týká se to zejména případů, kdy rodina klienta příliš často nenavštěvuje, vyloučá se a podobně. Sociální pracovnice se snaží docílit toho, aby se rodina takových klientů co nejvíce zapojovala a s klienty díky tomu byla v kontaktu co nejvíce.

Veškeré získané informace jsem analyzovala metodou kódování v ruce formou papír a tužka. Každý z rozhovorů byl doslovně přepsán do dokumentu s tím, že dokumenty byly následně analyzovány do jednotlivých kategorií a podkategorií. Na základě vypracovaných kategorií a podkategorií jsem postupně začala zpracovávat obsah samotných rozhovorů, na základě kterých vznikl obsah výzkumné části bakalářské práce. V každé z kategorií jsem se snažila hledat rozdíly v odpovědích sociálních pracovníků. Tyto odpovědi se v mnohých případech shodovaly, ale samozřejmě jsem se setkala i s rozdíly.

V první kategorii jsem se zaměřila na příjem klientů do organizace a vytvoření individuálního plánu. Informantů jsem se dotazovala na počet klientů, na způsob jejich příjmu a tvorbu individuálního plánu jako takového. Z výzkumu vyplynulo, že při tvorbě individuálního plánu je důležitá spolupráce s rodinou klienta. Sociální pracovník totiž nezná život klienta, nezná jeho životní příběh, okolnosti jeho demence a další případné komplikace. Díky rodině se sociální pracovník o klientovi může dozvědět důležité informace, aby následná péče o něj a spolupráce jako taková mohla být co nejlepší.

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je povinnost poskytovatelů sociálních služeb plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců.

Druhou kategorií byla náplň práce sociálního pracovníka. Dle výzkumu jsem zjistila, že všichni oslovení sociální pracovníci mají přibližně stejnou náplň práce a starají se o podobné záležitosti. Zjistila jsem také to, že sociální pracovník musí mít kladný vztah k lidem, musí chtít pomáhat, být empatický, trpělivý a musí umět naslouchat. Ať už se jedná o vyřizování žádostí nových klientů, jejich příjem, jednání s nimi a jejich rodinou, starost o ně, tvorba metodik, spolupráce s dalšími spolupracovníky, nadřízenými a

dalšími lidmi. Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně-právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně-právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.

V další kategorii jsem se zaměřila na specifika sociální práce. Z výzkumu vyplynulo, že práce sociálního pracovníka vyžaduje vyšší časovou náročnost, klade důraz na komunikaci rodin s klientem. Z výzkumu rovněž vyplynulo, že většina sociálních pracovníků s klienty pracuje nepřímou. Výjimku ale tvoří administrativní záležitosti jako je vyřizování příspěvků na péči, důchody apod. Dozvěděla jsem se i to, že sociální pracovníci vystupují v různých rolích, které jsem přehledně uvedla v tabulce číslo 2.

V kategorii Možnosti a limity sociální práce jsem se od sociálních pracovníků dozvěděla, jak různorodá jejich práce může být. Někteří sociální pracovníci uvedli, že v jejich organizacích jsou možnosti dalšího vzdělávání, kurzů a rozvoje sebe sama. Myslím si, že je to důležité. Jiní sociální pracovníci naopak uvádí, že se snaží vyhledávat nové způsoby komunikace s klienty, komunikují přes emoce apod. Tak jako možnosti i práce sociálního pracovníka může mít své limity. Pracovníci zde nejčastěji uvádí nedostatek času, psychickou náročnost, hrozbu syndromu vyhoření, nedostatek financí a tím i personálu. Z těchto informací obecně mám pocit, že by řešením bylo navýšení odměn personálu.

Další kategorie popisuje péči o zaměstnance. Nejčastější komplikací je syndrom vyhoření, kterému je potřeba předcházet. Sociální pracovníci uvádějí různé způsoby prevence. Většina využívá supervize a to několikrát do roka, jiné organizace poskytují svým klientům dovolenou navíc, rekreace, příspěvek na potravinové doplňky a různá školení na toto téma. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách uvádí, že zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Další vzdělávání se uskutečňuje na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů udělené ministerstvem na vysokých školách, vyšších odborných školách a ve vzdělávacích zařízeních právnických a fyzických osob.

Dále se zaměřuji na spolupráci sociálních pracovníků s dalšími pracovníky v sociálních službách. Podle výsledků mého výzkumu oslovení sociální pracovníci nejčastěji spolupracují se svými nadřízenými, pracovníky v sociálních službách, se staničními sestrami, aktivizačními pracovníky a samozřejmě i s rodinou klienta nebo jeho opatrovníkem, pokud je to možné. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje pracovníky v sociálních službách jako pracovníky, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácvičku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. V rámci organizací, jejichž sociální pracovníci se účastnili výzkumu, jsem došla k závěru, že pracovníci v sociálních službách vykonávají v rámci těchto organizací následující činnosti. Od poskytování hygieny, přes oblékání, pomoc při chůzi a stravování, až po pomoc s aktivizacemi.

Kategorie Komunikace a její další podkategorie uvádí výsledek výzkumu četnosti práce sociálních pracovníků s klienty. Výzkum jasně ukazuje, že v každé organizaci se sociální pracovníci s klienty setkávají v různých časových intervalech. Závisí to na množství dalších činností, které daný sociální pracovník vykonává. I v této kategorii výzkum prokázal, že je jasně důležitý kontakt s rodinou.

V rámci svého výzkumu jsem se dále zaměřila na to, jakým způsobem probíhá takový den v organizaci. Tedy jaké aktivizační činnosti probíhají a jaké pomůcky se používají. Pro přehlednost jsem uvedla seznam aktivizačních činností do tabulky číslo 4 a přehled používaných pomůcek do tabulky číslo 5.

Jako logický poslední krok svého výzkumu jsem se zaměřila na spokojenost se sociálními službami. Výzkum prokazuje, že klienti i jejich rodiny jsou vesměs se sociálními službami spokojeni, ale kromě kladných ohlasů se ve schránce důvěry, kterou všechny organizace používají, může samozřejmě objevit i negativní reakce nebo stížnost. Jak jsem ale zjistila, většina těchto stížností je neopodstatněná a vzniká výhradně na základě mylných informací od klientů, kteří si spoustu informací nepamatuji.

Součástí výzkumu je také SWOT analýza, ve které jsem dala dohromady přehled silných stránek, slabých stránek, příležitostí a rizik, se kterými se sociální pracovníci potýkají. SWOT analýza je vypracována pro každou organizaci zastoupenou sociálním pracovníkem účastnícím se mého výzkumu a to na základě zpracování informací od těchto sociálních pracovníků. Jak uvádí Čevelová (2011), do levé poloviny SWOT analýzy se zaznamenávají faktory, které mají na nás pozitivní dopad, do pravé části se zobrazují naopak negativní skutečnosti, které je potřeba zpracovat, potlačit nebo být připraven na jejich důsledky. Horní oddíl mapuje faktory interní povahy, které se dají ovlivnit. Dolní pak zahrnuje externí vlivy.

7 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat specifika, možnosti a limity sociální práce s lidmi se syndromem demence v Kraji Vysočina. V teoretické části jsem se zabývala za použití odborné literatury vymezením pojmu demence, jejími příčinami a příznaky, rizikovými faktory a léčbou. Dále jsem se zabývala také rozdělením na jednotlivé typy demencí, sociální prací, jejími metodami, náplní práce sociálního pracovníka, sociálními službami a aktivizačními činnostmi.

Pro vypracování praktické části jsem zvolila metodu polostandardizovaného rozhovoru. Tyto rozhovory jsem vedla se sociálními pracovníky z oslovených domovů se zvláštním režimem. Tyto jsem vybírala s pomocí výběru na základě dostupnosti. Získané informace jsem dále zpracovala metodou otevřeného kódování, díky které jsem si připravila jednotlivé kapitoly a podkapitoly, ve kterých jsem dále zpracovávala jednotlivý obsah a doplňkové tabulky. Pro každou z oslovených organizací jsem vypracovala samostatně SWOT analýzu a nakonec jsem vypracovala SWOT analýzu i za všechny organizace hromadně.

Po zpracování všech výsledků získaných z rozhovorů s informanty oslovených organizací jsem zjistila, jak se sociální práce s lidmi se syndromem demence v jednotlivých organizacích odlišuje, respektive výsledek je takový, že ve všech organizacích ke svým klientům přistupují podobně. S výjimkou jedné organizace je hlavním cílem komunikace s rodinou, kam patří snaha získat od rodiny klienta co nejvíce informací, jejich podporu a dát jí podnět k tomu, aby své blízké co nejčastěji navštěvovala.

Z vytvořené SWOT analýzy jsem souhrnně za všechny organizace zjistila, jaké jsou silné a slabé stránky sociální práce, příležitosti a rizika. Největším problémem, který jsem shledala, je nedostatek personálu, kdy v některých organizacích sociální pracovník musí vykonávat práci navíc, kterou běžně dělají pracovníci v sociálních službách. Příčinou tohoto nedostatku je nízké platové ohodnocení sociálních pracovníků a velká náročnost této práce, která je častou příčinou syndromu vyhoření. Myslím si, že pro vyřešení této situace by stačilo navýšení ohodnocení sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Díky tomu by se zvýšil i zájem o tyto pozice, sociálním pracovníkům by se více uvolnily ruce a tím by se snížilo i riziko syndromu vyhoření.

8 Seznam použité literatury

- *Aktivity v domovech pro seniory*, 2016. [online]. Votočková. [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: <http://poradimesi.cz/pece/aktivity-v-domovech-pro-seniory/>
- ANITERA, © 2009. Dělení animoterapie podle typu zvířete [online]. [cit. 2017-06-16]. Dostupné z: <http://animoterapie.cz/deleni-typ-zvirete.htm>
- BÁEZ, P. G., ARAUJO, C. P. S., VIADERO, C. F., PROCHÁZKA, A., 2012. *Differential diagnosis of dementia using HUMANN-S based ensembles*. Springer, Berlin, Heidelberg. ISBN 978-3-642-23228-2.
- BAÉZ, P. G., VIADERO, C. F., PERÉZ DEL PINO, M. A., PROCHÁZKA, A., ARAUJO C. P. S., 2010. HUMANN-based Systems for Differential Diagnosis of Dementia using Neuropsychological Tests. In: INES (eds.). *International Conference on*. Las Palmas, Spain. ISBN 978-142447652-7.
- BARKER, R. L., 2003. *The social work dictionary*. Washington, DC: NASW Press. ISBN 978-0871013552.
- BARTOŠ A., RAISOVÁ, M., ŘÍPOVÁ, D., 2014. Pětibodový test k detekci kognitivních deficitů u mírné Alzheimerovy nemoci – normy a hraniční skóry. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 77(110), 19-22. ISSN 1210-7859.
- BARTOŠ, A., ČERMÁKOVÁ, P., ORLÍKOVÁ, H., AL-HAJJAR, M., ŘÍPOVÁ, D., 2013. Soubor jednoznačně pojmenovatelných obrázků k hodnocení a léčbě jazykových a kognitivních deficitů. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 109(4), 453-462. ISSN: 1210-7859.
- BERÁNKOVÁ, D., KRULOVÁ, P., MRAČKOVÁ, M., ELIÁŠOVÁ, I., KOŠTÁLOVÁ, M., JANOUŠOVÁ, E., STEHNOVÁ, I., BAR, M., RESSNER, P., NILIUS, P., TOMAGOVÁ, M., REKTOROVÁ, I., 2015. Addenbrookský kognitivní test- orientační normy pro českou populaci. *Československá neurologie*. 78 (3), 300-305. ISSN 1803-6597.
- BURDA, P., ŠOLCOVÁ L., 2016. *Ošetrovatelská péče 2 díl*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-5334-8.
- *Co je ergoterapie*, 2015. [online]. Zuzana Rodová. [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

- *Co je to EEG?*, 2017. [online]. Neurologie Okáčová. [cit. 2017-03-06].
Dostupné z: <http://www.neurologie-okacova.cz/co-je-to-eeg.html>
- *Creutzfeldt- Jakobova nemoc (CJDT): příčiny, příznaky, diagnostika a léčba*, 2013. [online]. Tina Ilenčíková. [cit.2017-08-03] Dostupné z:
<https://cs.medlicker.com/120-creutzfeldt-jakobova-nemoc-cjd-priciny-priznaky-diagnostika-a-lecba>
- *CT vyšetření, 2011*. [online]. Jiří Štefánek. [cit. 2017-03-06]. Dostupné z:
<http://www.stefajir.cz/?q=ct-vysetreni>
- *Demence není jen porucha paměti*, 2009. [online]. Jiří Konrád. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/content/demence-neni-jen-porucha-pameti>
- *Demence*, 2006.[online]. Kateřina Hajdovská Tlustá. [cit. 2017-03-02].
Dostupné z: <http://www.haj-tl.wz.cz/htm/DEMENCE.htm>
- *Demence*, 2007. [online]. Martin Anders. [cit. 2017-03-02]. Dostupné z:
<http://www.ordinace.cz/clanek/demence/?chapter=1>
- *Demence*, 2012. [online]. Zbyněk Mlčoch. [cit. 2017-07-03]. Dostupné z:
<http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/nemoci-lecba/demence-priznaky-priciny-prevence-lecba-testy>
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4138-3.
- ELICHOVÁ, M., 2017. *Sociální práce*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-271-0080-4.
- FLÍDROVÁ, M., 2015. Problematika aplikace profesních hodnot v sociální práci. *Caritas et Veritas*. 5(2), 154-61. ISSN 1805- 0948.
- FRANKOVÁ, V., 2011. *Alzheimerova demence v praxi*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-2042423-5.
- FREEMAN, M., 2007. *Terminologie v zooterapii*. In: VELEMÍNSKÝ, M., a kol. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: DONA, s. 30-37. ISBN 978-80-7322-109-6.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

- HOLMEROVÁ I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* [online]. Gerontologické centrum [cit. 2017-03-02]. ISBN 978-80-254-0177-4. Dostupné z: http://www.geriatrie.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_s_kognitivni_poruchou_1.pdf
- HUDEČEK, D., SHEARDOVÁ, K., HORT, J., 2012. Demence v klinické praxi. *Postgraduální medicína*. 14 (1), 100-107. ISSN 1212-4184.
- JIRÁK, R., 2008. Farmakoterapie demencí. *Praktické lékařství*. 4(6), 286-290. ISSN 1801-2434.
- JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., HOLMEROVÁ I., WEBER P., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2490-4.
- KLUSOŇOVÁ, E., 2011. *Ergoterapie v praxi*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KÖHLER, R., BAŽANT J., 2015. Laboratorní a pomocné vyšetřovací metody v psychiatrii. In: HOSÁK L., HRDLIČKA M. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Karolinum. ISBN: 978- 80- 246- 2998- 8.
- KONÍČEK, © 2009. Zooterapie. [online]. [cit. 2017-08-06]. Dostupné z: <https://konicekcb.webnode.cz/zooterapie/>
- KOPEČEK, M., ŠTĚPÁNOVÁ, H., 2008. Jak nejlépe hodnotit sémantickou slovní produkci v klinické praxi. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie*. 9(5), 367-370. ISSN 1210-7859.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- KUZNÍKOVÁ I., 2013. *Pokročilé metody sociální práce se skupinami* [online]. Ostravská univerzita v Ostravě. [cit. 2018-02-09]. ISBN 978-80-7464-471-9. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Kuznikova_Pokrocilemetody.pdf

- LAHNEROVÁ, D., 2012. *Asertivita pro manažery*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-4406-3.
- LAŇKOVÁ, J., JIRÁK R., 2007. *Demence: Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online]. Praha [cit. 2017-03-02]. Dostupné z: <http://ww.svl.cz/files/files/Doprocene-postupy-2003-2007/Demence.pdf>
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978- 80- 247- 2138.
- MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a v sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN: 978- 80-247-4315-8.
- *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*, 2008. [online]. Krutilová, Čámský, Sembdner, Sladký. [cit. 2018-06-11]. Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/wcd/users-data/file/manual-standardy-kvality.pdf>
- MAŠÁT, V., SUSA, Z., 2012. *Vybrané postupy sociální práce se skupinou* [online]. Praha. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: https://is.jabok.cz/do/JA10/954367/955291/Socialni_prace_se_skupinou.pdf
- MATOUŠEK, O., 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O., 2007. *Sociální služby*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.
- *Metodika procesu případové práce*, 2014. [online]. Chlápková, Krčmářová, Skácelová, Vrbková. [cit. 2017-04-11]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/docs/clanky/dokumenty/.../metodika-pripadove-prace.pdf>
- MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
- NAVRÁIL, P., 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno. ISBN 80-903070-0-0.
- NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8.

- NESPĚŠNÁ, P., 2010. *Dynamika změn kognitivního deficitu u pacientů s Alzheimerovou nemocí*. Olomouc. Diplomová práce. Katedra psychologie Filozofické fakulty univerzity Palackého v Olomouci.
- *Péče o pacienty léčené pro demence v ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2008–2012*, 2013. [online]. ÚZIS. [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/demence>
- PFEIFFER, J. SVĚCENÁ, K., ŠVESTKOVÁ, O., 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice. ISBN: 978-80-7394-461-2.
- PIDRMAN, V., 2007. *Demence- diagnostika a diferenciální diagnostika* [online]. Olomouc: Psychiatrická klinika LF UP [cit. 2017-08-03]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/02/10.pdf>
- PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-1490-5.
- *Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99)*, 2014. [online]. ÚZIS. [cit. 2017-08-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>
- REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
- REKTOROVÁ, I., 2011. *Screeningové škály pro hodnocení demence* [online]. Brno [cit. 2017-06-03]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/92/11.pdf>
- *Reminiscenční terapie*, 2016. [online]. Renata Prokešová. [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: <http://www.grandpark.cz/reminiscencni-terapie/>
- *Reminiscenční terapie*, 2017. [online]. Dušan Šimek. [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/poskytovana-pece/reminiscencni-terapie/>
- ROSINA, J., VRÁNOVÁ, J., KOLÁŘOVÁ, H., STANEK J., 2013 *Biofyzika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4237-3.
- SHEARDOVÁ K., RUSINA, R., HORT J., BARTOŠ, A., LÍNEK, V., RESSNER, P., REKTOROVÁ, I., 2007. *Doporučené postupy pro léčbu Alzheimerovi nemoci a dalších onemocnění spojených s demencí* [online]. Česká neurologická společnost ČLS JEP [cit. 2017-06-03]. Dostupné z: http://www.kognice.cz/doporuceni_skn_terapie_demenci_csnn07_2.pdf

- SCHENK, C., LERNER A. J., 2016. *Neurovisual impairment in neurodegenerative diseases*. Nova Science Publishers, Inc. ISBN 9781634852210.
- STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3553-5.
- SVOBODOVÁ, V., 2016. *Aktivizace seniorů s demencí*. Brno. Diplomová práce. Pedagogická fakulta Masarykova univerzita.
- ŠPATENKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B., 2011. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-711-0.
- ŠPILÁČKOVÁ, M., NEDOMOVÁ, E. *Metody sociální práce s jednotlivcem* [online]. Ostrava. [cit. 2017-04-11]. ISBN 978-80-7464-434-4. Dostupné z: http://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Spilackova_Nedomova_Metody.pdf
- ŠRÁMKOVÁ, S., 2006. *Diagnostika demence v psychologické praxi*[online]. Brno [cit. 2017-06-03]. Dostupné z: https://digilib.phil.muni.cz/bitstream/handle/11222.digilib/114400/P_Psychologia_04-2006-1_15.pdf?sequence=1
- ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-2620644-6. *SWOT analýza*, 2011. [online]. Magdaléna Čevelová. [cit. 2018- 04-15]. Dostupné z: <https://www.cevelova.cz/proc-swot-analyza/>
- *Úvod do ultrasonografie, 2008*. [online]. Ivo Hrazdira. [cit. 2018-01-13]. Dostupné z: http://www.med.muni.cz/dokumenty/pdf/uvod_do_ultrasonografie1.pdf
- VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978- 80- 247- 2170-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN: 978-80-247-2170-5.
- *Vybrané metody sociální práce*, 2010. [online]. Bednářová Jana. [cit. 2010-04-11]. Dostupné z: <http://www.eapraha.cz/joomla/images/dokumenty/ss/skripta/met.pdf>
- WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2009. *Sensorische Aktivierung*. Springer. ISBN 978-3-211-89033-2.

- WEIL, R. S., LASHLEY, T. L., BRAS J., SCHRAG A. E., SCHOTT, J. M., 2017. Current concepts and controversies in the pathogenesis of Parkinson's disease dementia and Dementia with Lewy Bodies. *Departments of Medicine and Biochemistry*. 6(1),1604, doi: 10.12688/f1000research.11725.1.
- Zákon č. 108/2006 Sb. o Sociálních službách, 2006. IN: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37. ISSN 1211-1244.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Identifikační údaje

Tabulka 2: Role sociálních pracovníků

Tabulka 3: S kolika klienty sociální pracovník komunikuje

Tabulka 4: Přehled aktivizačních činností

Tabulka 5: Přehled používaných pomůcek

Tabulka 6 - SWOT analýza O1

Tabulka 7 - SWOT analýza O2

Tabulka 8 - SWOT analýza O3

Tabulka 9 - SWOT analýza O4

Tabulka 10 - SWOT analýza O5

Tabulka 11 - SWOT analýza O6

Tabulka 12 - SWOT analýza O7

Tabulka 13 - SWOT analýza O8

Tabulka 14 - SWOT analýza O9

Tabulka 15- SWOT analýza shrnutí

9 Přílohy

Příloha 1

Záznamový arch pro polostandardizovaný rozhovor a identifikační údaje/sociodemografické údaje:

1. Sociodemografické údaje:
 - Věk
 - Pohlaví
 - Vzdělání
 - Délka praxe
 - Absolvované kurzy
 - Délka praxe v domově se zvláštním režimem
2. V čem spočívá práce sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem?
 - Jaká jsou specifika sociální práce v domově se zvláštním režimem?
 - Musí mít vaši klienti příspěvek na péči?
 - Kolik máte nyní klientů?
 - Pracujete s klienty přímo?
 - S kolika klienty za den?
 - Jaká je náplň činnosti klientské práce?
 - Jednáte s blízkými osobami, opatrovníky klientů?
 - Je také náplní Vaší práce metodická a odborná podpora pracovního týmu z hlediska naplňování povinností dle zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách?
 - Spolupracujete během své práce i s jinými pracovníky? Jestli ano, s jakými?
 - V čem spočívá role sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem?(Angažovaný sociální pracovník; radikální sociální pracovník; byrokratický sociální pracovník; profesionální sociální pracovník; pečovatel, poskytovatel služeb; zprostředkovatel služeb; cvičitel sociální adaptace; poradce a terapeut; případový manažer; manažer pracovní náplně; personální manažer; administrátor; činitel sociálních změn)
 - Poskytujete služby sociálního poradenství?
 - Jakým způsobem probíhají?
3. Jak vypracováváte individuální plán?
4. Jaký je harmonogram dne pro seniora, který trpí demencí?
5. Jaké metody sociální práce využíváte? (jednotlivec, skupina)
6. Pracujete se seniory odlišně podle stupně demence?
7. Jaké metody, terapie a přístupy aktivizace využíváte při práci s klienty? (arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, zooterapie, reminiscenční terapie)
8. Používáte pro klienty nějaké speciální pomůcky?
9. Jaký multidisciplinární tým o klienty pečuje?

10. Jakou práci dělají pracovníci v sociálních službách?
11. V čem spočívá práce s rodinou klienta?
 - Jak často chodí navštěvovat vaše klienty?
 - Mohou klientům přinést nějaké jídlo, oblečení, časopisy, knihy?
 - Dostáváte od nich nějaké stížnosti, nebo jsou spokojeni s vaší péčí o klienty?
12. Vedete v domově schránku důvěry?
13. Jakým způsobem předcházíte syndromu vyhoření?
 - Praktikuje například supervize, případně intervize?
 - Jak často je provádíte? (pravidelně, příležitostně, krizově)
14. Jaké jsou možnosti sociální práce v domově se zvláštním režimem?
15. Jaké jsou limity sociálních práce v domově se zvláštním režimem?
16. SWOT analýza :
 - Silné stránky X Slabé stránky
 - Příležitosti X Rizika

10 Seznam zkratek

EEG- Elektroencefalogram

CT- Počítačová tomografie

NMR- Nukleární magnetická rezonance

MMSE- Minimental State Examination

TKH- Test kreslení hodin

POBAV- Test písemného záměrného pojmenování obrázků a jejich vybavení

TSP, SP- Test slovní produkce

ČAPR- Pětičárový test obrazové produkce

BOPR- Pětibodový test obrazové produkce

DZR- Domov se zvláštním režimem