

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální péče

ROLE ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA  
PŘI ZAJIŠŤOVÁNÍ NÁSLEDNÉ PÉČE U PACIENTŮ  
S DEMENCÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Markéta Karásková

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dubnová, Ph.D.

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Markéta Karásková, DiS</b>
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Garant studijního programu:	Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Název práce:	<b>Role zdravotně-sociálního pracovníka při zajišťování následné péče u pacientů s demencí</b>
Vedoucí práce:	Mgr. Markéta Dubnová, PhD.
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je zjistit a popsat požadavky, které na zdravotně-sociální pracovníky klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence v procesu propuštění ze zdravotnického zařízení.

## Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice zajišťování následné péče pro pacienty s demencí z pohledu zdravotně-sociálních pracovníků ve zdravotnických lůžkových zařízeních následné a dlouhodobé péče. Cílem práce je zjistit a popsat požadavky, které na zdravotně-sociální pracovníky klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence v procesu propuštění ze zdravotnického zařízení. Teoretická část se zaměřuje na problematiku demence a péči o osoby s tímto onemocněním. Stručně představuje lůžková zařízení následné a dlouhodobé péče, jako jsou léčebny dlouhodobě nemocných a oddělení geriatrické následné péče. V závěrečné kapitole se věnuje zdravotně-sociálním pracovníkům a jejich roli v ošetrovatelském procesu pacientů s demencí, zejména při plánování jejich propuštění do další péče. Empirická část vychází z kvalitativního výzkumu, který je realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se zdravotně-sociálními pracovníky ve vybraných zařízeních. Výzkum potvrdil klíčovou roli zdravotně-sociálního pracovníka při koordinaci následné péče a poukázal na omezenou dostupnost služeb a význam rodiny.

## Klíčová slova

demence; léčebny dlouhodobě nemocných; následná péče; oddělení geriatrické následné péče; propuštění; zdravotně-sociální pracovník

## Abstract

This bachelor's thesis addresses the issue of ensuring follow-up care for patients with dementia from the perspective of healthcare-social workers in inpatient facilities providing subsequent and long-term care. The aim of the thesis is to identify and describe the requirements placed on healthcare-social workers in the process of arranging follow-up care for patients with dementia during discharge from healthcare facilities. The theoretical part focuses on dementia and the care of individuals affected by this condition. It briefly introduces inpatient facilities providing subsequent and long-term care, such as long-term care hospitals and geriatric follow-up care units. The final chapter is devoted to healthcare-social workers and their role in the care process of patients with dementia, particularly in planning their discharge to further care. The empirical part is based on qualitative research conducted through semi-structured interviews with healthcare-social workers in selected facilities. The research findings may contribute to a better understanding of the requirements placed on healthcare-social workers in relation to ensuring follow-up care for patients with dementia. The research confirmed the key role of the healthcare social worker in coordinating follow-up care and highlighted the limited availability of services and the importance of the family.

## Keywords

dementia; long-term care hospitals; post-acute care; geriatric post-acute care unit; discharge; health-social worker

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 20. dubna 2026

.....

Podpis studentky

## Poděkování

*Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Markétě Dubnové, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost a cenné připomínky, které přispěly k dokončení této práce. Dále děkuji Mgr. Michaele Chmelařové za psychickou podporu a povzbuzení při psaní bakalářské práce. Poděkování patří také všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření a ochotně sdíleli své zkušenosti.*

# Obsah

<b>Seznam tabulek</b> .....	<b>7</b>
<b>Seznam zkratk</b> .....	<b>8</b>
<b>Úvod</b> .....	<b>9</b>
<b>Teoretická část</b> .....	<b>11</b>
<b>1 Demence</b> .....	<b>11</b>
1.1 Fáze demence.....	11
1.2 Hlavní klinické příznaky demence.....	12
1.3 Klasifikace a typy demencí podle etiologie.....	13
<b>2 Péče o osoby s demencí</b> .....	<b>18</b>
2.1 Spolupráce s neformálními pečovateli jako alternativa institucionální péče.....	18
2.2 Potřeby osob s demencí .....	20
<b>3 Následná péče o osoby s demencí</b> .....	<b>22</b>
3.1 Institucionální péče pro osoby s demencí .....	23
<b>4 Zdravotně-sociální pracovník</b> .....	<b>27</b>
<b>Praktická část</b> .....	<b>32</b>
<b>5 Metodologie výzkumu</b> .....	<b>32</b>
5.1 Cíl výzkumu .....	32
5.2 Metodika výzkumu.....	32
5.3 Kvalitativní výzkum .....	33
5.4 Polostrukturovaný rozhovor .....	33
5.5 Výzkumný soubor .....	34
5.6 Etické aspekty výzkumu.....	34
5.7 Výsledky výzkumu a jejich interpretace .....	35
5.8 Souhrn výsledků .....	42
<b>6 Diskuse</b> .....	<b>45</b>
<b>Závěr</b> .....	<b>49</b>
<b>Seznam použitých zdrojů</b> .....	<b>50</b>
<b>Přílohy</b> .....	<b>53</b>

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika respondentů .....	34
Tabulka 2: Shrnutí dle dílčích výzkumných otázek .....	43

## Seznam zkratk

FTD	Frontotemporální demence
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
OGNP	Oddělení geriatrické následné péče

## Úvod

K volbě tématu bakalářské práce přispěla zkušenost zdravotně-sociální pracovníce z léčebny dlouhodobě nemocných (LDN), která mi během praxe nastínila problém složitého umístování pacientů s demencí do následné péče. V práci se zaměřuji nejen na léčebny dlouhodobě nemocných, ale také na oddělení geriatrické následné péče (OGNP), která poskytují specializovanou multidisciplinární péči seniorům.

Demence je v současnosti významným a stále častěji diskutovaným tématem. V souvislosti se stárnutím populace a zvyšující se střední délkou života roste i počet lidí, kteří touto poruchou kognitivních funkcí trpí. Jedná se o syndrom charakterizovaný postupným poklesem paměti, myšlení, orientace a dalších kognitivních funkcí, který ovlivňuje každodenní fungování a chování pacientů. Tento stav může být způsoben různými onemocněními, nejčastěji neurodegenerativními (např. Alzheimerova choroba), nebo vaskulárními změnami v mozku.<sup>1</sup> Aby se osoby žijící s demencí cítily dobře a bezpečně, je třeba jim zajistit odpovídající péči. K tomu významně přispívá, když pracovníci zdravotních a sociálních služeb průběžně rozvíjejí své znalosti, dovednosti a přístup k pacientům. (König, 2017)

Umístování pacientů s demencí do následné péče představuje významnou výzvu pro zdravotnická zařízení a zařízení sociálních služeb, zejména v období po hospitalizaci v LDN. Následná péče navazuje na akutní zdravotní péči a je zaměřena především na stabilizaci zdravotního stavu pacienta a podporu jeho dalšího zotavení. Zatímco dlouhodobá péče je určena osobám s trvalým omezením soběstačnosti a jejím cílem je zajistit dlouhodobou podporu v běžném životě. (Hrozenská, 2013) Pacienti s demencí vyžadují specifickou péči, která zohledňuje jejich kognitivní, fyzické i psychosociální potřeby, a zároveň vyžaduje koordinaci mezi zdravotnickými a sociálními službami. Nedostatek vhodných zařízení, kapacitní omezení, administrativní bariéry a různé možnosti rodinné podpory často komplikují proces jejich umístění. Péče o osoby s demencí zahrnuje nejen oblast zdravotnictví, ale i širokou škálu sociálních služeb, které podporují jejich každodenní fungování a celkovou kvalitu života. Tyto služby musí být poskytovány citlivě, s respektem k individualitě každého člověka a s důrazem na zachování lidské důstojnosti a práv. Systém sociální péče lze rozdělit do tří hlavních forem: pobytové, ambulantní a terénní. Pobytová péče znamená zajištění ubytování a komplexní podpory v příslušném zařízení. Ambulantní forma je určena lidem, kteří do zařízení pravidelně docházejí, aniž by zde pobývali přes noc, a terénní péče je poskytována přímo v domácím prostředí klienta. V situacích, kdy zdravotní stav osoby s demencí vyžaduje intenzivnější podporu a ztráta soběstačnosti znemožňuje setrvání doma, přistupuje se k formám dlouhodobé institucionální péče. Ty mohou poskytnout odpovídající úroveň pomoci, pokud jiné typy služeb již nedostačují. (Hrozenská, 2013) Právě zdravotně-sociální pracovníci hrají v tomto procesu klíčovou roli, neboť zprostředkovávají informace, zajišťují koordinaci s různými institucemi a podporují rodiny pacientů. Jejich pohled na možnosti a limity následné péče poskytuje cenné poznatky o reálném fungování systému a identifikuje hlavní překážky, které mohou ovlivnit kvalitu a dostupnost péče.

---

<sup>1</sup> V práci jsou pojmy „pacient“ a „klient“ používány v závislosti na kontextu, přičemž označení „pacient“ je užíváno ve zdravotnickém prostředí a „klient“ v prostředí sociálních služeb.

Cílem práce je zjistit a popsat požadavky, které na zdravotně-sociální pracovníky klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence v procesu propuštění ze zdravotnického zařízení. Téma je zvoleno s ohledem na rostoucí počet osob trpících demencí a na skutečnost, že zajištění adekvátní následné péče představuje pro zdravotně-sociální pracovníky jednu z velkých profesních výzev. Téma zahrnuje propojení zdravotnické a sociální sféry, přičemž proces umístění je nutné přizpůsobit individuálním potřebám pacienta a možnostem dostupných služeb. Teoretická část se zaměřuje na problematiku demence, její projevy a dopady na každodenní život pacienta. Také popisuje jednotlivé formy následné péče a přibližuje zdravotně-sociálního pracovníka jako klíčového aktéra při jejím zajišťování, včetně jeho kompetencí, činností a rolí. Pozornost je věnována i institucionální péči, která se stává nezbytnou v případech, kdy ambulantní či terénní služby již nedokáží zajistit potřebný rozsah podpory.

Empirická část vychází z kvalitativního výzkumu realizovaného prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se zdravotně-sociálními pracovníky ve vybraných lůžkových zařízeních následné a dlouhodobé péče. Tyto rozhovory se zaměřují na jejich zkušenosti, postupy a obtíže, se kterými se při umístování pacientů do následné péče setkávají. Výsledky práce mají přispět k lepšímu pochopení celé problematiky, identifikovat možné nedostatky v současné praxi a nabídnout podněty pro zlepšení organizace a dostupnosti služeb pro osoby s demencí.

# Teoretická část

## 1 Demence

Přestože se dnešní doba vyznačuje řadou moderních technologií a značným vědeckým pokrokem v oblasti medicíny, stále přetrvává značný počet pacientů, u nichž současná medicína nedokáže zabránit poškození mozku s chronickým či progresivním průběhem. Podle závažnosti narušení vyšších mozkových funkcí jsou pacienti odkázáni na pomoc okolí. Pro běžný život pacientů s poruchou neurokognitivních funkcí je tedy klíčová pomoc odborných zařízení cíleně zaměřených na okruh problémů, kterými tito pacienti trpí. (Mace a kol., 2018)

Termín demence má svůj původ v latině a jeho doslovný význam je „nemyslí“. Předpona „de“ znamená ztrátu, zatímco „mens“ v latině označuje mysl. (Vörösová a kol., 2015) Lékaři používají pojem demence k označení specifického stavu. Tento termín byl zvolen odborníky, protože poskytuje méně urážlivý a přesnější popis dané skupiny nemocí. Demence se projevuje různými symptomy, které mohou být způsobeny různorodými zdravotními potížemi. Je to tedy obecný termín zahrnující řadu poruch, aniž by se vztahoval na konkrétní onemocnění, které tyto příznaky způsobuje. V dnešní době lékaři a výzkumníci upřednostňují novější termín, a to neurokognitivní porucha. (Mace a kol., 2018) Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2023) představuje demence syndrom vyvolaný poškozením mozku, které obvykle probíhá chronicky nebo se postupně zhoršuje. Tento stav negativně ovlivňuje různé oblasti kognitivního fungování, jako je paměť, myšlení, orientace, jazyk a schopnost učit se či činit rozhodnutí, zatímco vědomí zůstává zachováno. Kromě těchto obtíží se mohou objevovat i poruchy emocí, sociálního chování nebo motivace, které se někdy projeví ještě před zjevným zhoršením kognice.

### 1.1 Fáze demence

Znalost jednotlivých fází je výhodou pro účelnou komunikaci a následný přístup k člověku s demencí. Zhoršování jednotlivých hlavních příznaků demence neprobíhá stejnou rychlostí. V odborné literatuře se objevují odlišná označení jednotlivých fází, která však představují pouze rozdíly v terminologii, nikoliv v popisu příznaků v jednotlivých stadiích. Rozdělení by mělo posloužit jen jako obecný návod. (Glennner, 2012)

#### 1.1.1 První fáze – mírná demence

V počátečním stádiu demence se projevuje zejména zhoršením krátkodobé paměti, a to tak, že jedinec si hůře pamatuje nově získané informace, zapomíná jména nebo má potíže s učením nových dovedností. Potíže se mohou objevit také při porozumění složitějších sdělení nebo při hledání vhodných slov v běžné řeči. Přesto zůstávají některé denní rutiny a základní soběstačnost zachovány. Postupně se však objevuje nejistota při vykonávání běžných činností, což může vést k omezení sociálních kontaktů a úbytku společenských rolí. V důsledku těchto změn se může rozvíjet i depresivní ladění. Při zajištění dozoru a podpory však může člověk s mírnou demencí i nadále setrvat ve svém domácím prostředí. (Hauke a kol., 2017)

### 1.1.2 Druhá fáze – střední demence

Ve středním stádiu demence dochází k výraznému zhoršení orientace. Nemocný si často neuvědomuje, jaký je den, měsíc nebo rok, a může mít potíže rozeznat i známé prostředí. Často se vrací myšlenkami i chováním do minulosti, zejména do období mládí. Postižena je už i dlouhodobá paměť. Snižuje se schopnost vykonávat běžné činnosti, jako je nakupování, příprava jídla nebo správa financí. Postupně se zhoršují i základní sebeobslužné dovednosti, např. přijímání potravy, hygiena nebo vyprazdňování. (Hauke a kol., 2017) Jazykový projev bývá omezený, pacient má potíže s porozuměním mluveného slova. Objevují se změny chování, jako jsou halucinace, bludné představy, podrážděnost či agresivita, a také prudké emoční výkyvy. V této fázi je již nezbytný trvalý dohled a asistence. (Jiráček a kol., 2009)

### 1.1.3 Třetí fáze – těžká demence

Ve třetí nejtěžší fázi demence je člověk zpravidla zcela závislý na pomoci druhých. Ztrácí schopnost se o sebe postarat, a proto péče směřuje především k naplnění základních potřeb, jako je hygiena, strava a zajištění bezpečí. Komunikace je výrazně omezená, pacient přestává rozumět mluvenému slovu a sám se vyjadřuje jen minimálně nebo vůbec. Časté bývají obtíže s příjmem potravy. V úplném závěru nemoci je osoba obvykle upoutaná na lůžko, nereaguje běžným způsobem a působí uzavřeně. Aktivita postupně mizí a pacient se stává plně odkázaným na péči. Tato fáze může trvat týdny, ale i delší dobu, kdy je pacient nejčastěji ve flekční poloze připomínající „polohu plodu“. (Hauke a kol., 2017)

## 1.2 Hlavní klinické příznaky demence

Příznaky demence se projevují ve třech hlavních oblastech a vzájemně se prolínají (kognitivní funkce, aktivity denního života, chování).

### 1.2.1 Poruchy kognitivních funkcí

Pro demenci je příznačné zhoršení kognitivních funkcí. Vzhledem k obvykle progresivnímu průběhu demence se tyto poruchy postupně prohlubují. (Šáteková a kol., 2021) Lze je označit za prvotní klinické symptomy, a to převážně u Alzheimerovy choroby. Pacienti tyto poruchy vnímají subjektivně. U některých pacientů také může docházet k organickým změnám osobnosti. (Hauke a kol., 2014) Zpravidla dochází nejprve k poškození paměti, jejíž zásluhou si uvědomujeme sebe sama, jsou v ní uchovány všechny naše dovednosti, prožitky, vědomosti. Jejím hlavním úkolem je vybavování a přijímání informací. (Jiráček a kol., 2009) Z obecného hlediska je možné ji členit na vstípení, konsolidaci a vybavení (Glennner, 2012). Dále ji můžeme rozdělit na deklarativní (její obsahy lze vypovědět a popsat slovy) a procedurální (to jsou dovednosti, které podmiňují reflexy a není možné je slovy popsat) (Jiráček a kol., 2009). Porucha paměti je tedy klíčový projev demence (Probstová a kol., 2014). Nejnápadnější je její úpadek při učení a zapamatování si nových věcí. Nemocný člověk se pak často a opakovaně ptá na stejné věci a pokouší se nynější situaci vysvětlit pomocí dřívějších znalostí. (Hauke a kol., 2017) Na poškození paměti postupně navazuje zhoršení pozornosti, porozumění a úsudku. Dále dochází ke zhoršení schopnosti logického a abstraktního myšlení, schopnosti učit se, vyjadřovat se a rozumět řeči a dalších gnostických funkcí, exekutivních funkcí, motivace a orientace. Nakonec se projevuje

obraz závažného zhoršení intelektových schopností. Konkrétní změny v jednotlivých kognitivních funkcích jsou typické podle druhu poškození mozku. V průběhu demence následně dochází také k narušení nekognitivních funkcí a k úpadku osobnosti. (Šáteková a kol., 2021)

### 1.2.2 Omezení aktivit denního života

Porucha běžných dovedností a péče o sebe sama se odvíjí od konkrétní fáze demence. Z počátku nemocný nezvládá pouze složitější profesní aktivity, zhoršuje se finanční gramotnost. V pokročilých fázích dochází k poškození bazálních aktivit denního života, nemocnému dělá problém se samostatně najíst, obléci se, či se starat o osobní hygienu. V těžkých fázích demence se můžeme setkat s inkontinencí stolice i moči, osoba je plně odkázaná na péči okolí. (Petr a kol., 2014)

### 1.2.3 Behaviorální a psychologické příznaky demence

Mezi nejobtížnější projevy demence patří příznaky behaviorální. Ty mohou být přítomny již od samého počátku demence. Častěji se ovšem projevují ve středních a vrcholí v těžkých fázích demence. Poruchy chování mají různou povahu. Nejčastěji jsou zastoupeny stavy neklidu. Vyskytuje se agitovanost, což je neustálý neklid. Ten může přejít do silného neklidu, k němuž se někdy přidává i agresivita. Jedná se například o napadání zdravotnického personálu, členů rodiny, vykřikování, ničení věcí, neustálé upoutávání pozornosti, nadávání. (Jiráček a kol., 2009) Přechodně se mohou u demencí vyskytnout psychotické příznaky s produkcí bludů nebo poruchy vnímání, nejčastěji zrakové halucinace. Objevit se mohou deliria, která sice nejsou prvkem demence, ale i přesto se u pacientů s demencí vyskytují. Frekventovaně se rovněž vyskytují poruchy emocí (nálad a afektů). Mohou to být afekty vzteku, smutku s pláčem, deprese. Nelze opomenout ani poruchy spánku či jeho inverzi. (Probstová a kol., 2014)

## 1.3 Klasifikace a typy demencí podle etiologie

V rámci klasifikace nemocí lze rozlišovat mezi různými typy demence. Ty se liší podle příčin a mechanismu jejich vzniku. Zpravidla se používá dělení na demence primární a sekundární. (Zvěřová, 2017)

### 1.3.1 Primárně neurodegenerativní demence

Skupina primárně neurodegenerativních onemocnění se vyznačuje atrofickými procesy v mozku, které mají převážně selektivní charakter. Atrofie je doprovázena řadou dalších patogenetických změn, mezi něž patří zejména degenerace proteinů a ukládání patologických proteinů. Mezi tyto proteiny patří:

- **Beta-amyloid** (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky),
- **Tau-protein** (frontotemporální demence, Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky),
- **Alfa-synuklein** (demence u Parkinsonovy choroby a demence s Lewyho tělísky),
- **Huntingtin** (Huntingtonova choroba). (Zvěřová, 2017)

Tyto změny vedou k celkovému úbytku mozkové tkáně, mozkových buněk a jejich spojení – synapsí. Procesy začínají v oblasti mozkové kůry a postupně postihují další důležité struktury. Nejčastějším onemocněním z této skupiny je Alzheimerova nemoc, která tvoří přibližně 60 % všech demencí. (Hauke a kol., 2017)

### 1.3.2 Sekundární demence

Z pohledu Zvěřové (2017) vzniká skupina sekundárních (symptomatických) demencí jako důsledek různých systémových onemocnění, traumat, intoxikací nebo jiných chorobných procesů, které poškozují mozek. Nejprve se rozvine základní onemocnění, které vede k poškození mozku, a následkem toho se vyvine demence, jak popisuje Hauke (2017).

Sekundární demence lze dále rozdělit na:

- **Ischemicko-vaskulární demence:** Hlavní příčinou jsou mozkové infarkty, přičemž nejčastěji jde o vícečetné malé infarkty, které snižují celkové množství mozkové tkáně. (Zvěřová, 2017)
- **Ostatní sekundární demence:** Tyto jsou vyvolány například metabolickými poruchami, infekcemi, úrazy nebo otravami (Hauke a kol., 2017).

Mechanismy vzniku sekundárních demencí se často vzájemně prolínají (Zvěřová, 2017).

Demence představují širokou skupinu onemocnění s různými příčinami a projevy (Hauke, 2017). Následující text je zaměřen na několik nejčastějších typů, které mají významný dopad na jedince i jejich okolí.

### 1.3.3 Alzheimerova nemoc

Alzheimerovu chorobu popsal jako první německý psychiatr Alois Alzheimer v roce 1906 (Zvěřová, 2017). Jedná se o postupně progredující neurodegenerativní onemocnění mozku, které způsobuje úbytek specifických populací neuronů. Tento proces vede k atrofii mozku a následnému rozvoji syndromu demence. (Jirák a kol., 2009)

Hlavní intracelulární změnou u tohoto onemocnění je patologická degenerace tau-proteinu, bílkoviny spojené s neuronálními vlákny. Mikrotubuly tvořené tau-proteinem se při patologické fosforylaci zkracují, ztrácejí svou funkci a vytvářejí neuronální uzlíky známé jako klubka (tangles). Poškozené neurony následně podléhají apoptóze, tedy naprogramované buněčné smrti. Tyto procesy spouštějí kaskádu dalších degenerativních změn, které vedou ke snížení tvorby synaptických spojení a k postupnému zániku neuronů. (Fertařová a kol., 2020)

Alzheimerova nemoc se projevuje řadou symptomů, které se postupně zhoršují. Na začátku dochází k problémům se zkrácenou pamětí, například zapomínání na nedávné události nebo rozhovory. Jak nemoc postupuje, ztráta paměti se rozšiřuje i na dlouhodobé vzpomínky. Dalším symptomem je kognitivní úpadek, kdy pacienti ztrácejí schopnost jasně myslet a řešit problémy, což může zahrnovat i obtíže při plnění každodenních úkolů nebo řízení financí. Osoby trpící Alzheimerovou nemocí mohou mít také problémy s orientací v dobře známých místech a mohou zapomínat na čas, roční období nebo místo, kde se nacházejí. (Mace a kol., 2018) Kromě toho mohou nastat výrazné změny nálad, včetně úzkosti, deprese, podrážděnosti a agrese, což se stává nejčastěji v pokročilých fázích nemoci. Dalším projevem je špatné rozhodování

a úsudek, kdy mohou pacienti činit nevhodná rozhodnutí, například se špatně oblékat na základě počasí nebo být náchylní k finančním podvodům. Nakonec může dojít ke změnám osobnosti, kdy osoba, která byla dříve extrovertní, se stává uzavřenou nebo podezřívavou. Tento soubor symptomů se postupně zhoršuje, což značně ovlivňuje každodenní život pacientů a jejich rodin. (Hauke a kol., 2017)

Alzheimerova choroba je stále nevyléčitelné onemocnění. Včasná terapie však může významně zpomalit její průběh a pomoci udržet pacienty v lehčích fázích demence. Hlavním cílem léčby je zmírnit příznaky, modifikovat průběh onemocnění a co nejvíce oddálit jeho těžké fáze. Terapie zahrnuje kombinaci farmakologických a nefarmakologických přístupů, přičemž hlavní důraz je kladen na farmakoterapii. (Zvěřová, 2017)

V rámci farmakoterapie, která je založena na důkazech (evidence-based medicine), se k léčbě Alzheimerovy choroby doporučují kognitiva. Mezi ty patří inhibitory mozkových cholinesteráz, které zlepšují neurotransmisi acetylcholinu, a inhibitory glutamátových receptorů, které mají za cíl regulovat nadměrnou aktivitu glutamátu v mozku. V České republice jsou k dispozici tři inhibitory acetylcholinesterázy: donepezil, rivastigmin a galantamin. Tyto léky vykazují pozitivní účinky zejména při léčbě lehké až středně těžké demence Alzheimerova typu. Terapie kognitivity výrazně zpomaluje progresi demence. Tím se prodlužuje období soběstačnosti pacienta, zlepšuje jeho kvalitu života, snižuje zátěž pečovatele a oddaluje nutnost umístění pacienta do zdravotnického nebo sociálního zařízení. (Fertařová a kol., 2020)

Kromě farmakologických přístupů se v léčbě Alzheimerovy choroby využívá také nefarmakologická léčba, která zahrnuje širokou škálu rehabilitačních programů. Mezi tyto metody patří i počítačové programy zaměřené na trénink kognitivních a nekognitivních funkcí pacientů. Cílem nefarmakologické léčby je udržet pacienta co nejdéle aktivního v každodenních činnostech a zapojeného do sociálních interakcí. Klíčovým úkolem je reedukace paměti a různých dovedností prostřednictvím neustálé aktivizace, stimulace a konfrontace s realitou. Důležitou součástí je individuální přístup, kdy je léčba přizpůsobena potřebám konkrétního pacienta. Čím déle se podaří udržet pacienta nezávislého, nebo alespoň částečně závislého na pomoci okolí, tím více se oddaluje nutnost jeho umístění ve zdravotnickém či sociálním zařízení. (Zvěřová, 2017)

#### 1.3.4 Demence s Lewyho tělísky a demence při Parkinsonově chorobě

Demence s Lewyho tělísky je neurodegenerativní onemocnění, které postihuje asi 10 % všech případů demencí. Toto onemocnění vykazuje příznaky podobné Alzheimerově nemoci i Parkinsonově chorobě, přičemž je charakteristické přítomností patologických proteinových shluků, tzv. Lewyho tělísek, v neuronech. (Zvěřová, 2017) Pacienti trpí jak kognitivními problémy, které zahrnují zhoršení paměti a schopnosti plánování, tak motorickými obtížemi, jako je třes a svalová ztuhlost. Dalšími příznaky mohou být halucinace, obzvláště zrakové (např. zvířata nebo lidské postavy), problémy s pozorností a výkyvy nálad. (Mace a kol., 2018)

U Parkinsonovy choroby se také jedná o neurodegenerativní onemocnění, kdy příčinou je patologické hromadění alfa-synukleinu v mozku (Zvěřová, 2017). Demence při Parkinsonově chorobě, označovaná jako Parkinsonská demence, je charakterizována progresivním kognitivním postižením, které se objevuje u pacientů s již diagnostikovanou Parkinsonovou chorobou (Mace a kol., 2018). Typické jsou poruchy paměti, zpomalení myšlení (bradyfrenie),

problémy s pozorností a exekutivními funkcemi, včetně obtíží při plánování a organizaci. Dalšími projevy jsou behaviorální a psychické příznaky, jako jsou vizuální halucinace, deprese, úzkost a apatie. (Jirák a kol., 2009)

Léčba zahrnuje především farmakologickou terapii zaměřenou na zmírnění kognitivních příznaků, přičemž je třeba se vyhnout některým lékům, jako jsou klasická neuroleptika, která mohou stav zhoršit (Hauke a kol., 2017).

### 1.3.5 Frontotemporální demence

Frontotemporální demence (FTD), někdy označovaná jako frontotemporální lobární degenerace, je typ demence, který postihuje především čelní a spánkové laloky mozku (Mace a kol., 2018). Tyto oblasti jsou odpovědné za chování, emoce, jazyk a rozhodování. Její průběh se výrazně liší od jiných forem demence, protože zpočátku nejsou tak výrazně postiženy paměťové funkce, ale spíše změny v chování, osobnosti a komunikaci. (Zvěřová, 2017)

Nemoc je spojena s hromaděním abnormálních proteinů (například tau-proteinu), které vedou k odumírání nervových buněk v postižených oblastech mozku. Přesná příčina tohoto procesu není vždy jasná, ale v některých případech je nemoc dědičná. (Zvěřová, 2017)

Frontotemporální demence se obecně dělí do dvou hlavních forem, které se liší podle toho, které oblasti mozku jsou postiženy a jaké příznaky u pacientů převažují. První formou je **behaviorální varianta FTD**, která je nejčastější. Postihuje především čelní laloky mozku, což se projevuje výraznými změnami v chování a osobnosti. Pacienti často ztrácejí empatii a schopnost chápat emoce druhých, mohou být apatičtí nebo naopak impulzivní. (Mace a kol., 2018) Typické jsou také problémy se sociálními zábrany a stereotypní či opakující se chování. U některých pacientů lze pozorovat i snížený zájem o hygienu a běžné denní aktivity. (Jirák a kol., 2009)

Druhou formou je **jazyková varianta FTD**, nazývaná také primární progresivní afázie. Tato forma postihuje zejména spánkové laloky a narušuje schopnost komunikace (Jirák a kol., 2009). U sémantické varianty mají pacienti potíže s porozuměním významu slov a jejich slovní zásoba se postupně zmenšuje, přestože jejich řeč může být relativně plynulá. Dochází ke zhoršenému vyjadřování, problémům s hledáním slov, chybám ve skladbě vět a později i se správným používáním slov. (Hauke a kol., 2017)

### 1.3.6 Vaskulární demence

Vaskulární demence vzniká v důsledku poruch cévního zásobení mozku, které může postihnout cévy různého průměru. K narušení průtoku krve může dojít například v důsledku ucpání cévy nebo krvácení do mozkové tkáně, způsobeného prasknutím cévní stěny či výdutě. (Fertal'ová a kol., 2020) Kromě těchto příčin je onemocnění způsobeno ischemií mozkové tkáně, která obvykle vzniká v důsledku mnohočetných drobných mozkových (mikro)infarktů nebo mikroangiopatií. Demence se však může rozvinout i po jednom větším infarktu v oblastech klíčových pro kognitivní funkce. (Zvěřová, 2017)

Symptomy vaskulární demence závisí na tom, které oblasti mozku byly poškozeny. Mezi obecné příznaky patří zhoršení paměti, koordinace a řeči. Vaskulární demence je často popisována jako onemocnění, které postupuje ve „stupních“ – u některých pacientů dochází k postupnému zhoršování, zatímco u jiných může stav zůstat léta stabilní. (Mace a kol., 2018)

Rozvoj vaskulární demence lze zpomalit prevencí dalších mozkových příhod. Okamžitá léčba nových příhod může navíc zmírnit symptomy. U pacientů s mozkovými příhodami způsobenými krevními sraženinami, které vznikají v srdci, zejména v souvislosti s fibrilací síní (poruchou srdečního rytmu), mohou antikoagulanty pomoci zabránit dalším příhodám. (Mace a kol., 2018)

Nejčastější formou vaskulární demence je **multiinfarktová demence**, která vzniká v důsledku nedostatečného cévního zásobení určitých oblastí mozku. To vede k opakovaným ložiskovým odumíráním mozkové tkáně, tzv. infarktům, což vysvětluje název multiinfarktová demence. (Fertařová a kol., 2020)

## 2 Péče o osoby s demencí

S diagnózou demence se vždy pojí potřeba určitého stupně podpory a dozoru. Její míra je dána tím, v jaké fázi demence se daná osoba aktuálně nachází. Zatímco u osob s lehkou fází demence je nutnost podpory a dozoru nižší, v těžké fázi dochází k plné závislosti na podpoře a dozoru okolí. Tyto skutečnosti je nutné zohlednit při volbě vhodného druhu péče o osoby s demencí. (Hauke a kol., 2017)

V případě výrazného poklesu soběstačnosti přichází často na řadu právě dlouhodobá péče, jejíž formy a zaměření se mohou značně lišit podle potřeb konkrétní osoby. Dlouhodobá péče je definována jako soubor služeb, které mohou být poskytovány jak v domácím prostředí, tak ve specializovaných zařízeních. Je určena osobám, jejichž soběstačnost je trvale narušena, a to zejména v základních denních činnostech, jako je hygiena, oblékání, stravování, užívání léků nebo pohyb. Zároveň se omezení projevuje i v úkonech, které jim umožňují fungovat samostatně ve společnosti, například při nakupování nebo správě domácnosti. Omezení těchto schopností nejčastěji souvisí s chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením. (Holmerová a kol., 2015) Dlouhodobou péči lze chápat dvěma způsoby, v širším a užším pojetí. V širším smyslu představuje dlouhodobá péče celkový systém, který propojuje zdravotní a sociální podporu. Zahrnuje tedy jak zdravotnické služby, například ošetrovatelskou péči či lékařské ošetření, tak sociální služby, jako je pomoc s běžnými denními činnostmi, péči v domácím prostředí nebo pobyt v zařízeních sociální péče. Naopak užší pohled na dlouhodobou péči ji vnímá jako snahu o lepší spolupráci zdravotních a sociálních složek, a to zejména z hlediska legislativy, organizace a financování. Cílem je dosáhnout sladění těchto oblastí tam, kde se jejich činnosti prolínají. Typickým příkladem může být péče o člověka, který potřebuje zároveň zdravotní služby, například ošetrovatelskou péči, i sociální pomoc, jako je pomoc s hygienou nebo vařením. (Kuzníková, 2017)

Důležitou součástí tohoto systému je přirozené zázemí člověka, tedy rodina, která v mnoha případech představuje první linii péče. Podíl rodiny na zajištění dlouhodobé péče je často nenahraditelný. (Fertařová, 2020) Rodina je považována za základní jednotku společnosti a nejstarší formu lidského společenství. Starší lidé, včetně těch s různými zdravotními problémy, často spoléhají na pomoc blízkých. Existují však situace, kdy se rodina nemůže nebo nechce postarat o své blízké, například kvůli jejich nesoběstačnosti, zdravotnímu stavu nebo jiným okolnostem. V těchto případech se uplatňuje podpora od státních nebo nestátních organizací, které nabízejí různé formy péče, od domácí až po pobytovou. Tato pomoc je klíčová pro zajištění potřebných služeb v případě, že rodina není schopna zajistit adekvátní péči. (Hrozenská, 2013)

### 2.1 Spolupráce s neformálními pečovateli jako alternativa institucionální péče

U osob s lehkou fází demence nebo osob, o které je schopno se postarat jeho nejbližší okolí (rodina) jsou alternativou k institucionální péči neformální pečovatelé, a to zpravidla z řad členů rodiny. Neformální péče zahrnuje pomoc poskytovanou osobám mimo zdravotnická a sociální zařízení. S nástupem střední až těžké fáze demence a s postupným zhoršováním zdravotního stavu však velká část nemocných přechází do institucionální péče. Neformální pečovatelé jsou tak v mnoha případech jakýsi předstupeň institucionální péče. (Fertařová a kol., 2020)

V současnosti je neformální péče neplacená, což znamená, že není vykonávána na základě pracovního poměru ani jiného obdobného vztahu, a tedy za ni není vyplácena mzda ani plat. V České republice může neformální pečovatelský od klienta obdržet část příspěvku na péči, který klient může čerpat za splnění zákonem stanovených podmínek. (Kuzníková, 2017)

### **Příspěvek na péči**

Dle Kalvacha (2025) se jedná o finanční podporu, která je poskytována osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje pomoc jiné osoby při vykonávání běžných denních činností, jako je příjem stravy, osobní hygiena, oblékání nebo pohyb. Tento příspěvek je určen přímo osobě se zdravotním postižením, nikoli pečujícímu. Výše příspěvku je rozdělena do dvou kategorií: pro děti ve věku 1–18 let a pro dospělé osoby starší 18 let. Obě kategorie zahrnují čtyři stupně závislosti, od nejnižší po úplnou.

Stupně závislosti jsou definovány následovně:

- První stupeň – lehká závislost.
- Druhý stupeň – středně těžká závislost.
- Třetí stupeň – těžká závislost.
- Čtvrtý stupeň – úplná závislost. (Malíková, 2020)

Podpora života v přirozeném prostředí je vnímána jako zásadní napříč společnostmi, odborníky i tvůrci vládních strategií. Domácí péče ze strany rodiny umožňuje nemocným zůstat v prostředí, které dobře znají, obklopeni svými blízkými. Tím se omezuje riziko narušení sociálních vztahů i opuštění činností, které jsou pro ně důležité a smysluplné. (Matoušek, 2022)

Péče o člena rodiny vychází z pocitu solidarity a je úzce spjata se sociální soudržností, kterou rodina vykazuje. Sociální soudržnost tak představuje nejen podmínku, ale i výsledek rodinné péče. (Kuzníková, 2017) Podpora rodiny je nezbytná, neboť poskytuje nemocnému nejen psychickou a sociální, ale i finanční pomoc. Tato péče však může vést k vyčerpání pečujících, což někdy způsobuje, že jejich vlastní potřeby zůstávají nespokojené. (Matoušek, 2022)

Kuzníková (2017) uvádí, že nejběžnějšími pečujícími jsou manželé, děti a jejich partneři. Nejčastějšími pečujícími bývají manželky a dcery, které se starají o své blízké, přičemž se často setkávají s minimální podporou okolí. Tento typ péče bývá spojen s několika kritickými momenty, mezi které patří:

- Zdravotní problémy pečujících, včetně psychických obtíží.
- Osamělost a sociální izolace, která často souvisí s neexistující nebo nedostatečnou podporou od okolí.
- Nedostatečná podpora ze strany státu či obcí pro dlouhodobou péči, stejně jako nedostatečně rozvinutá komunitní péče pro osoby pečující o blízké v domácím prostředí.
- Trauma spojené s rozhodnutím o umístění blízké osoby do institucionální péče, což je pro pečující často velice náročné.

## 2.2 Potřeby osob s demencí

Lidé s demencí mají své potřeby stejně jako kdokoliv jiný. Kvůli projevům nemoci však mnohdy nedokážou své potřeby vyjádřit, a tak je jejich naplňování složitější a závisí na empatickém přístupu zejména osob poskytujících formální i neformální péči. (Zvěřová, 2017)

### 2.2.1 Sociální potřeby osob s demencí

**Ve fázi počínajícího a lehkého syndromu demence** potřebují osoby s demencí různé formy podpory, jako je psychologické poradenství, pomoc při řešení právních a rodinných záležitostí a podobné služby. Tyto rady mohou získat od odborníků, například lékařů, sester, sociálních pracovníků, psychologů či specializovaných poradců, nebo prostřednictvím svépomocných skupin. Důležitou roli hrají také možnosti podpory při neodkladných a neočekávaných situacích, například formou telefonních linek nebo jiné pomoci na dálku. Významná je rovněž terapeutická podpora zaměřená na posilování schopností a dovedností, které pacientům umožňují co nejlépe se vyrovnat s přicházejícími poruchami kognitivních funkcí, efektivně je kompenzovat a lépe si zorganizovat život. (Hauke a kol., 2017) V této fázi je člověk stále relativně soběstačný a nepotřebuje stálou péči ani dohled (Jirák a kol., 2009).

**Ve střední fázi rozvinutého syndromu demence** potřebují osoby s demencí smysluplnou náplň a co nejlépe strukturované denní aktivity, které podporují jejich soběstačnost, kontakty s ostatními lidmi a orientaci v každodenním životě. V této fázi jsou významné různé aktivity, které přispívají k těmto cílům, například práce s pamětí pomocí pomůcek, využívání vzpomínek, reminiscence nebo vyprávění životních zkušeností. Tyto činnosti se souhrnně označují jako kognitivní stimulace. Důležitou roli při péči hraje také prostředí, které by mělo být přehledné, dobře označené, srozumitelné a bezpečné. (Hauke a kol., 2017) Toto stádium demence je charakterizováno postupným zhoršováním soběstačnosti, přičemž se často objevují behaviorální a psychologické příznaky demence. Bez nadsázky lze říci, že právě tato fáze představuje zásadní výzvu a odlišuje demenci od jiných chronických onemocnění. Jedná se o relativně dlouhé období, během něhož osoby s demencí vyžadují nepřetržitou péči, dohled a pomoc. (Jirák a kol., 2009)

**V těžké fázi terminální demence** vyžadují osoby s demencí intenzivní péči a ošetřování. V této fázi je kladen důraz na kvalifikovanou ošetrovatelskou péči, která se s progresí onemocnění doplňuje o potřebu paliativní péče. Pro péči o osoby s demencí v této fázi existují různé komplexní přístupy, například koncept bazální stimulace nebo strategie péče Namaste. (Hauke a kol., 2017) Toto období je charakterizováno převládající nesoběstačností (Jirák a kol., 2009).

### 2.2.2 Komunikační potřeby

Správná komunikace je považována za nezbytný předpoklad pro rozpoznávání a uspokojování potřeb klienta, tedy pro jeho spokojený a kvalitní život. Její význam je zdůrazňován také jako prevence vzniku problémového chování, a to nejen ve prospěch klienta, ale i pro spokojenost pracovníka nebo pečující osoby. (Hauke a kol., 2017)

Při komunikaci s osobami s demencí mohou vznikat potíže spojené s porozuměním nebo vyjadřováním. Tyto problémy lze rozdělit na dvě kategorie: obtíže osoby s demencí při vyjadřování svých myšlenek a obtíže při porozumění tomu, co jí ostatní říkají. Někdy

je možné, že dotyčný rozumí více, než dokáže vyjádřit, nebo naopak vyjádří více, než je schopen pochopit. Povaha komunikačních obtíží je ovlivněna konkrétní nemocí a její progresí. U některých osob se projevuje pouze občasná neschopnost nalézt správná slova, například zapamatovat si jména nebo názvy předmětů. Někdy jsou zaměněna slova s podobným zvukem, například „tráva“ za „strava“ nebo „miska“ za „myška.“ Občas jsou použita slova s příbuzným významem, například „svatba“ místo „prsten“. Těmito obtížemi není většinou bráněno v pochopení základní myšlenky sdělené osobou. V případě závažnějších obtíží bývá celá myšlenka vyjádřena jen částečně nebo jsou slova řazena do vět tak, že na první pohled působí smysluplně, avšak při podrobnějším zkoumání ztrácejí logiku. V pokročilých fázích je verbální komunikace značně omezena a je nutné klást důraz na neverbální způsoby interakce. (Mace a kol., 2018)

### **Obecná pravidla komunikace**

Je zdůrazňováno, že komunikace má probíhat v klidné a uvolněné atmosféře. Pracovníci jsou vedeni k tomu, aby s klientem nejednali uspěchaně a zajistili dostatečný čas pro vzájemné porozumění. Měli by se vyvarovat rozhovorů s třetí osobou v jeho přítomnosti, jako by tam klient nebyl. Vždy je zdůrazněno, že osoba s demencí je dospělá, a jako taková musí být respektována. Během komunikace je nezbytné aktivně naslouchat, poskytovat klientovi zpětnou vazbu a zajistit, aby důstojnost klienta byla zachována. Pracovníci jsou vedeni k opatrnosti při používání jazykových prostředků, aby nedocházelo k ponižování, infantilizaci nebo nálepkování. (Hauke a kol., 2017) Je doporučeno přihlídnout ke klientovým problémům s pochopením. Důležité informace by měly být několikrát zopakovány bez známek nervozity, s cílem vyjádřit podstatu věci co nejjednodušeji. Použití názorných ukázek a jednoduchých otázek výrazně napomáhá porozumění. Vulgarismy či nevhodné projevy osoby s demencí by měly být ignorovány. Pokud se v průběhu rozhovoru objeví výpadky slov nebo zmatený obsah, je doporučeno nabídnout vhodné slovo nebo se pokusit společně objasnit sdělené informace. (Fertařová, 2020)

V pokročilých stádiích demence bývá verbální komunikace výrazně omezená nebo zcela nemožná, což často vede k tomu, že nemocný nerozumí potřebě péče ani jejímu slovnímu zdůvodnění. V těchto případech se stává neverbální komunikace klíčovým prostředkem. Mimika, gesta, pohazení či objetí nejen pomáhají zprostředkovat pocit bezpečí a důležitosti, ale zároveň představují způsob, jak si získat důvěru klienta. Tyto formy interakce jsou osobami s demencí vnímány velmi citlivě a často mají větší význam než samotná verbální komunikace. (Fertařová, 2020)

Komunikace s osobami s demencí je zásadním nástrojem péče, který umožňuje nejen uspokojovat jejich potřeby, ale také zachovávat důstojnost a pocit bezpečí. Zatímco verbální komunikace se v pokročilých stádiích onemocnění stává omezenou, neverbální projevy, jako je mimika, gesta nebo doteky, nabývají na významu. Efektivní komunikace tak přispívá k lepší kvalitě života pacientů i k větší spokojenosti pečujících osob, čímž se stává nedílnou součástí komplexní péče o osoby s demencí. (Hauke a kol., 2017)

### 3 Následná péče o osoby s demencí

Umístění osob s demencí do pobytového zařízení by nemělo být automatickým řešením. Současně tato zařízení představují nenahraditelnou součást systému, zejména v případech, kdy domácí péče není možná. Vzhledem k tomu, že se v následujících letech předpokládá nárůst počtu osob s demencí, je nezbytné vycházet z funkčního a především udržitelného systému péče. Ten by měl lidem umožnit setrvat co nejdéle ve vlastním domácím prostředí. (Hauke, 2017)

#### Terénní sociální služby

V dnešní době zprostředkovává terénní forma sociální péče podporu osobám s demencí přímo v jejich domácím prostředí. Tento způsob péče je vhodný zejména pro jedince, kteří chtějí zůstat ve svém přirozeném prostředí co nejdéle, ale přitom potřebují pomoc při zvládnání běžných denních činností. Služby jsou zpravidla poskytovány na základě individuálních potřeb a jejich rozsah závisí na míře soběstačnosti klienta i na dostupnosti neformální podpory. (Kuzníková, 2017)

Nabízené služby pro osoby s demencí:

- Pečovatelská služba představuje nejběžnější typ domácí péče poskytované osobám s demencí. Jejím cílem je zajištění základních úkonů, jako je pomoc s hygienou, donáška jídla, úklid, nákupy, pochůzky nebo doprovod k lékaři. Nutno podotknout, že tyto služby jsou poskytovány v časově omezeném rozsahu a orientují se především na praktické zajištění každodenních potřeb. Postupem času však tento model péče často nestačí, zejména pokud klienti nemají oporu v rodině či spolupráce s blízkými zcela chybí. Návštěva pečovatelky bývá krátká a účelová, zatímco osoby s demencí zpravidla potřebují stabilnější kontakt, více pozornosti a specifický, individuálně přizpůsobený přístup. Bez těchto prvků je efektivita služby velmi omezená. (Hauke, 2017)
- Osobní asistence je terénní sociální služba určená zejména seniorům a lidem se zdravotním postižením. Osobní asistent poskytuje podporu při běžných denních činnostech a napomáhá uživateli udržet si co největší míru samostatnosti a začlenění do běžného života. (Malíková, 2020)

Hlavním rozdílem mezi pečovatelskou službou a osobní asistencí je širší rozsah činností, které osobní asistence nabízí. Kromě základní podpory zahrnuje také výchovné, vzdělávací a aktivizační aktivity, včetně pomoci s rozvojem a udržováním motorických, psychických a sociálních dovedností. Osobní asistenti mohou také klienty doprovázet na volnočasové a zájmové aktivity, zatímco u pečovatelské služby je tato možnost pouze fakultativní. (Hauke, 2017)

- Respitní péče představuje dočasné zajištění dozoru a podpory pro osobu s demencí, o kterou se běžně starají blízcí v domácím prostředí. Tato služba bývá poskytována na několik hodin týdně a jejím hlavním účelem je ulevit těm, kdo se dlouhodobě věnují náročné péči. Nejde o náhradu zdravotních či sociálních služeb, ale o cílenou podporu pro neformální pečovatele. Podle jejich zkušeností jim tento typ pomoci umožňuje věnovat se zanedbaným povinnostem, načerpat nové síly nebo si jednoduše odpočinout. Často zmiňují, že díky této službě opět získali energii a motivaci pokračovat v péči. (Jiráková a kol., 2009)

- Tísňová péče je služba, která pomáhá lidem zůstat ve spojení s pomocí a zajistit rychlý zásah v okamžicích, kdy je jejich zdraví náhle ohroženo, například pádem, kdy se nemohou postavit, nebo se cítí ohroženi jinou osobou. Jedná se o důležitý prostředek, který snižuje potřebu umístění do zařízení dlouhodobé péče. Zároveň zmírňuje strach z nečekaných událostí, které by mohly zůstat bez pomoci. Nejčastěji se využívá náramek s tlačítkem pro tísňové volání. Součástí je také pravidelná telefonická kontrola, kdy dispečink kontaktuje uživatele zpravidla ráno a večer, aby se ujistil, že je vše v pořádku. Některé moderní systémy dokážou také sledovat polohu uživatele mimo jeho domov, což pomáhá při případném bloudění. Do budoucna se očekává rozšíření technologií, které budou umožňovat vzdálené sledování zdravotního stavu pomocí různých senzorů, což ještě více podpoří bezpečí těchto lidí. (Kalvach, 2025)

### **Ambulantní sociální služby**

V systému sociální péče pro osoby s demencí hrají důležitou roli ambulantní formy péče. Poskytují klientům potřebnou podporu a aktivizaci během dne, ale zároveň jim umožňují žít ve svém přirozeném prostředí. Tyto služby poskytují potřebný prostor pro neformální pečovatele, kteří získají čas k odpočinku, zařizování potřebných záležitostí. Zároveň jim umožní pracovat na částečný či plný úvazek a nepřijít při péči o osobu s demencí o své zaměstnání. (Arnoldová, 2016)

- Denní stacionáře jsou ambulantní zařízení, která pravidelně navštěvují osoby s omezenou soběstačností. Nabízejí širokou škálu aktivizačních a terapeutických činností zaměřených na zlepšení jejich schopností a podporu sociální integrace a zároveň zajišťují komplexní péči přizpůsobenou potřebám jednotlivých uživatelů. (Malíková, 2020)
- Centra denních služeb (v minulosti označovaná jako „domovinky“) a zařízení osobní hygieny poskytují pomoc lidem, kteří mají z důvodu zdravotního stavu nebo věku omezenou soběstačnost. Jedná se o ambulantní formu péče, kdy klienti docházejí do centra na určitou část dne. Zde mohou využít podporu při hygienických úkonech, asistenci při řešení běžných záležitostí nebo se zapojit do aktivizačních a terapeutických programů, které přispívají k udržení jejich dovedností a samostatnosti. (Malíková, 2020)

## **3.1 Institucionální péče pro osoby s demencí**

U osob s demencí, jejichž zdravotní stav je natolik závažný, že není možné zajistit péči v domácím prostředí, je nezbytná institucionální forma péče. Ta může mít různé podoby, od zdravotnických zařízení až po pobytové sociální služby. (Kalvach, 2025) V této kapitole se zaměříme na vybrané typy těchto zařízení, které jsou v péči o osoby s demencí využívány nejčastěji.

Demence se totiž nepojí jenom se zdravotními komplikacemi, ale zpravidla s sebou přináší i více či méně závažné sociální dopady. U osob s těžkou demencí dochází k výraznému a trvalému omezení jejich schopnosti samostatného života. Postupující průběh nemoci způsobuje, že tyto osoby potřebují nepřetržitou podporu a péči, která se vždy odvíjí jak od jejich zdravotního stavu, tak i od jejich sociálních potřeb. (Kutnohorská, 2011) V České republice ovšem stále existují zásadní konflikty a bariéry mezi oblastmi zdravotnictví a sociální péče, které se nedaří už téměř 50 let výrazněji zmírnit. Obě oblasti mají rozdílné modely financování, metodické postupy

a kontroly kvality v rámci dlouhodobé péče, přestože povaha pacientů a klientů je v podstatě stejná. Z hlediska bezpečnosti klientů jsou obzvláště problematické kompetenční konflikty a nejasně vymezená odpovědnost, což vytváří tzv. „území nikoho“. (Kalvach, 2019) Přitom podle Kutnohorské (2011) představuje sociální péče ve zdravotnictví oblast, kde se zdravotní a sociální péče vzájemně doplňují. Zajištění návaznosti mezi těmito dvěma oblastmi je klíčovou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. K dosažení komplexní péče je nezbytné zahrnout i pomoc při řešení sociálních problémů klienta, který se ocitl v nepříznivé sociální situaci. Ta může nastat například tehdy, pokud klient není schopen se o sebe postarat, rodina mu nemůže nebo nechce poskytnout pomoc, případně pokud žádnou rodinu nemá.

### 3.1.1 Pobytové služby sociální péče

Pobytové služby sociální péče představují důležitou formu následné péče pro osoby s těžkou fází demence, které již nejsou schopny setrvat ve svém domácím prostředí.

- Domovy pro seniory poskytují celoroční pobytovou péči pro osoby ve věku nad 60 let, které kvůli věku potřebují pomoc při každodenních činnostech a nemohou se o sebe plně postarat samy. (Ferťalová a kol., 2020) Domovy pro seniory představují místo, kde mají zajištěný nejen přístřešek a stravu, ale také pravidelnou podporu při péči o sebe sama, například pomoc s hygienou nebo oblékáním. Kromě praktické pomoci se snaží klienty zapojit do společenských a aktivizačních programů, které podporují jejich duševní a sociální pohodu. V současnosti je mezi obyvateli těchto zařízení čím dál víc lidí velmi vysokého věku (80+), často se závažnými zdravotními problémy a omezenou pohyblivostí, včetně těch, kteří trpí různými formami demence, a vyžadují tak rozsáhlejší ošetrovatelskou péči. (Kalvach, 2025)
- Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytovou péči lidem, jejichž soběstačnost je omezená v důsledku demence, chronického duševního onemocnění nebo závislosti. Provoz těchto zařízení je upraven tak, aby odpovídal specifickým potřebám klientů, kteří vyžadují pravidelnou podporu. (Malíková, 2020) Klienti jsou zpravidla přijímáni od věku přibližně 50 let (Kalvach, 2025).

Mezi krátkodobé formy pobytové péče lze zařadit:

- Týdenní stacionáře - jsou určeny osobám s omezenou soběstačností, které vyžadují každodenní podporu. Péče je zde zpravidla zajištěna v pracovní dny a klienti v zařízení přebývají po celou dobu poskytování služby. Nabízené činnosti odpovídají rozsahu denního stacionáře, avšak jsou poskytovány v režimu pobytové péče. (Malíková, 2020)

### 3.1.2 Lůžková zdravotnická zařízení

Lůžková zdravotnická zařízení poskytují pacientům péči, kterou nelze zajistit v ambulantních podmínkách a nemohou jí dostat v domácím prostředí (Malíková, 2020).

Dle Kuzníkové (2017) sem můžeme zařadit:

- Léčebny dlouhodobě nemocných - které poskytují ošetrovatelskou péči seniorům s chronickými onemocněními, jež vyžadují dlouhodobou hospitalizaci a následnou péči.

- Psychiatrické léčebny - které poskytují ústavní péči lidem s duševními poruchami, kteří potřebují specializovanou léčbu.
- Gerontopsychiatrická oddělení - jsou obvykle součástí psychiatrických léčeben, slouží pacientům s duševními poruchami vyžadujícími institucionální péči.
- Hospice - představují pro osoby s těžkou demencí v terminálním stádiu onemocnění formu specializované paliativní péče.

Institucionální péče je poskytována v různých typech zařízení, která spadají pod různé rezorty. Pobyt v nemocnici nebo dlouhodobá péče v sociálních zařízeních mají svá specifika, která vycházejí z platné legislativy. Jedním z příkladů je situace, kdy je pobytová sociální služba poskytována přímo ve zdravotnickém zařízení. (Kuzníková, 2017) Sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou zajišťovány v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné a psychiatrických zařízeních. Tyto služby jsou určeny lidem, kteří potřebují pomoc druhé osoby a nemohou být propuštěni z těchto zařízení kvůli nízké soběstačnosti. Pomáhají zajistit přechod mezi zdravotní péčí a sociální péčí, čímž se propojují různé oblasti péče. (Malíková, 2020)

#### **Lůžková zařízení následné péče LDN a OGNP**

Jak již bylo zmíněno, za optimální formu péče o osoby s demencí je považována podpora ze strany rodiny v prostředí, které dobře znají. Pokud však domácí péče není možná, bývá pacient při zhoršení zdravotního stavu hospitalizován, často i opakovaně. Po stabilizaci akutních potíží je obvykle přeložen na lůžka následné péče, například do léčebny dlouhodobě nemocných, kde čeká na přijetí do vhodné sociální služby. (Malíková, 2020) Dá se říct, že LDN jsou přechodovou fází mezi standardní nemocniční péčí a poskytováním sociálních služeb (Nová, 2024).

Léčebny dlouhodobě nemocných mohou být organizovány buď jako samostatná oddělení v rámci nemocnic, nebo jako nezávislé zdravotnické instituce (Nová, 2024). Představují tedy specializovaná zdravotnická zařízení, jež poskytují péči pacientům po skončení akutní fáze léčby. Slouží zejména těm, jejichž zdravotní stav je chronický a nelze ho výrazně zlepšit, přičemž tyto pacienti často potřebují neustálou pomoc a dohled zdravotnického či ošetrovatelského personálu. Typickými pacienty těchto zařízení jsou starší lidé s omezenou schopností samostatné péče, u nichž se nemoc často prohlubuje. K hospitalizaci v těchto zařízeních může přispívat také nepříznivá sociální situace nemocných. (Kalvach, 2004) Z hlediska legislativy jsou LDN řazeny mezi lůžková zdravotnická zařízení poskytující pobytovou péči (Zákon pro lidi, 2025).

Většinou je pobyt v nemocnici pro pacienty s demencí náročný a často stresující, protože znamená opuštění domácího prostředí, omezení sociálních kontaktů a hlavně ztrátu soukromí. Hospitalizace může vést k rozvoji komplikací, zejména u osob s narušenými kognitivními funkcemi. Na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných funguje personál často jako náhrada rodiny, poskytující péči a podporu. Po určení diagnózy se často řeší, zda je možné pacienta propustit domů, zda rodina zvládne zajistit potřebnou péči, nebo pokročilost demence již vyžaduje umístění do sociálního zařízení. Spolu se zdravotně-sociálním pracovníkem se rozhoduje o nejvhodnějším řešení. V praxi však dlouhé čekací doby na umístění komplikují přechod z nemocnice, a pacienti tak tráví v LDN mnohonásobně delší dobu. Takové dlouhé období pobytu jsou často chudé na podněty a sociální kontakt, omezují se převážně na základní péči od personálu. (Nová, 2024)

Kromě léčeben dlouhodobě nemocných existují také oddělení geriatrické následné péče (OGNP), která představují specializovaná pracoviště zaměřená na komplexní péči seniorů po stabilizaci akutního onemocnění. Péče na OGNP je multidisciplinární a zahrnuje léčebnou, ošetrovatelskou, rehabilitační i sociální složku, přičemž cílem je podpora funkční soběstačnosti pacienta a zajištění další péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2025). OGNP lze vnímat jako doplněk LDN, přičemž LDN často zajišťuje přechodovou péči u pacientů s chronickým a stabilizovaným zdravotním stavem (Nová, 2024). OGNP nabízí komplexní geriatrický přístup s důrazem na rehabilitaci, aktivizaci a multidisciplinární podporu, což odpovídá principům geriatrické rehabilitace jako multidisciplinární intervence koordinované týmem specialistů s cílem obnovit funkční schopnosti a soběstačnost starších osob (Wong et al., 2024).

## 4 Zdravotně-sociální pracovník

Zdravotně-sociální pracovník zaujímá klíčovou roli v péči o osoby s demencí. Často je s pacienty v každodenním kontaktu, a proto musí znát jejich aktuální zdravotní stav a na jeho základě volit vhodné metody a postupy práce. (Kuzníková, 2011) Důležitá je nejen znalost obecných zásad a metod práce s lidmi s demencí, ale zejména individuální přístup ke každému z nich. Pro kvalitní práci jsou nezbytné jak kvalifikační, tak i jeho osobnostní předpoklady. Zdravotně-sociální pracovník rovněž propojuje zdravotní a sociální péči, čímž zajišťuje komplexní podporu klientů. (Kutnohorská, 2011) V rámci své profese působí jako odborník na sociální práci ve zdravotnictví, s kompetencemi v oblasti zdravotně-sociální péče (Kuzníková, 2011). Jeho činnost zahrnuje podporu osob v rámci preventivní, diagnostické, paliativní i rehabilitační péče. Zároveň se podílí na ošetrovatelské péči, jejímž cílem je zajištění sociálních potřeb klientů. (zákon č. 96/2004 Sb.) Mezi jeho činnosti patří nejen sociální šetření a poradenství, ale také metodická a koncepční práce, krizová intervence a sociální rehabilitace. Působí v zařízeních poskytujících zdravotně-sociální péči a aktivně se podílí na prevenci i řešení krizových situací pacientů. (Kuzníková, 2011)

### 4.1 Kvalifikační a osobnostní předpoklady pro výkon zdravotně-sociálního pracovníka

#### Kvalifikační předpoklady

*„Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním:*

*a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,*

*b) studia*

*1. na vyšších odborných školách v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo*

*2. na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku,*

*a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník; podmínka absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu neplatí, jde-li o osobu s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře,*

*c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.“ (Zákon č. 96/2004 Sb., § 10 odst. 1 písm. a–c)*

#### Osobnostní předpoklady

Pro práci s klientem je zásadní navázání pozitivního a důvěryhodného vztahu mezi zdravotně-sociálním pracovníkem a osobou, o kterou pečuje. Kvalita tohoto vztahu je ovlivňována osobnostními rysy pracovníka, jimiž disponuje, a to například mírou jeho kompetentnosti, odpovědnosti, svědomitosti či systematickosti. Důležitou roli hrají také komunikační dovednosti, trpělivost a schopnost zachovávat diskrétnost. (Kutnohorská, 2011) Komunikační dovednosti jsou pro zdravotně-sociálního pracovníka klíčové, protože umožňují efektivní navázání a udržení kontaktu s klientem i jeho blízkými. Zahrnují nejen schopnost jasně a srozumitelně předávat informace, ale také aktivní naslouchání, empatii a schopnost pracovat s emocemi klienta. Dobrá

komunikace pomáhá vytvářet důvěru, předcházet konfliktům a podporovat klienta v řešení jeho situace. Zdravotně-sociální pracovník využívá tyto dovednosti nejen v přímé práci, ale také v multidisciplinárním týmu, kde je důležitá koordinace a sdílení informací. (Matoušek, 2013) Kromě toho vztahy na pracovišti, především ve vztahu k nadřízeným, ovlivňuje také jeho loajalita, pravdomluvnost a schopnost efektivní spolupráce (Kutnohorská, 2011).

Neméně důležitou součástí profesionálního růstu zdravotně-sociálního pracovníka je sebereflexe, tedy schopnost kriticky zhodnotit vlastní postoje, jednání a emoce v pracovním kontextu (Mátel, 2019). „Aby se mohl zdravotně-sociální pracovník účastnit „hojení“ ostatních, musí si uvědomit své vlastní potřeby, musí o sebe pečovat a být schopen sebereflexe.“ (Kutnohorská, 2011, str. 93) Sebereflexe tedy pomáhá pracovníkovi lépe porozumět svým reakcím, odhalit případné chyby a průběžně zvyšovat kvalitu své práce. Rovněž je důležitým prostředkem k udržení profesionálního a etického přístupu ke klientům a prevenci syndromu vyhoření. (Mátel, 2019).

Mezi další zásadní osobnostní předpoklady patří psychická stabilita, odolnost vůči stresu, schopnost nést zodpovědnost a flexibilně reagovat na měnící se podmínky. Velký význam má rovněž etické myšlení, schopnost spolupráce a respekt k hodnotám druhých lidí. Pracovník by měl být také otevřený vůči zpětné vazbě a připraven se dále profesně rozvíjet. (Matoušek, 2013)

#### **4.2 Kompetence a činnosti zdravotně-sociálního pracovníka**

Kutnohorská (2011) rozděluje kompetence zdravotně-sociálního pracovníka na profesní, sociálně anamnestické a diagnostické, poradenské a konzultační kompetence, výchovné, rozhodovací, organizační, metodické, jazykové, komunikační a etické a kompetence osobnostního rozvoje.

Náplň práce zdravotně-sociálního pracovníka je zakotvena v § 9 ve Vyhlášce č. 55/2011 Sb. O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Zákony pro lidi, 2025).

##### **Profesní kompetence a činnosti**

Zdravotně-sociální pracovník musí mít teoretické znalosti i praktické dovednosti, které potřebuje pro výkon své profese (Kutnohorská, 2011). Zdravotně-sociální pracovník je povinen plnit své profesní závazky vůči zaměstnavateli i své profesi. Jeho činnosti vycházejí z práv a povinností stanovených právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. (Matoušek, 2013)

Zdravotně-sociální pracovník se podílí na ošetrovatelské péči se zaměřením na zajištění sociálních potřeb pacienta (Kuzníková, 2017). Vedle uspokojování těchto potřeb pomáhá odstraňovat bariéry, které mohou negativně ovlivnit zdravotní stav pacienta, a podporuje jeho sociální začlenění (Kutnohorská, 2011). Zaměřuje se na osoby, které se vlivem fyzických, psychických nebo sociálních omezení, narušených mezilidských vztahů či jiných znevýhodnění obtížně začleňují do společnosti. V rámci své činnosti aktivně zapojuje nejen samotného pacienta, ale i jeho sociální prostředí do procesu integrace. (Zákony pro lidi, 2025)

Dále zdravotně-sociální pracovník sestavuje plán psychosociální intervence do životní situace pacienta (Zákony pro lidi, 2025). Plánuje a koordinuje psychosociální intervence, definuje jejich druh i rozsah a zavádí potřebná sociální opatření. Při realizaci těchto opatření je nutné, aby spolupracoval s multidisciplinárním týmem. (Kuzníková, 2017) Součástí jeho role je tedy

jak spolupráce s dalšími odborníky ve zdravotnictví (např. lékařem, zdravotní sestrou, ošetřovatelem, ergoterapeutem, fyzioterapeutem, psychiatrem...), tak i spolupráce s pracovníky v sociálních službách, například ze sociálními pracovníky, pracovníky přímé obslužné péče apod. (Kalvach, 2019). Nedílnou součástí práce zdravotně-sociálního pracovníka je rovněž práce s právními normami a kontrola dodržování standardů zdravotně-sociální péče (Kutnohorská, 2011).

Jeho dalším úkolem je depistážní činnost, tedy aktivní a včasné vyhledávání osob, které se v důsledku vlastní nemoci nebo onemocnění blízkých mohou ocitnout v nepříznivé sociální situaci a zajistit jim včasnou pomoc (Zákony pro lidi, 2025).

### **Sociálně anamnestické a diagnostické kompetence a činnosti**

Součástí práce zdravotně-sociálního pracovníka je diagnostická péče (Kuzníková, 2017). Kutnohorská (2011) se shoduje z Kuzníkovou (2017), že zdravotně-sociální pracovník provádí sociální šetření, během kterého zjišťuje podrobnosti o životní situaci klienta v souvislosti s nemocí a jejím dopadem. Sociální šetření tedy představuje nedílnou součást náplně jeho činnosti (Zákony pro lidi, 2025). Na základě získaných informací podle Kutnohorské (2011) stanovuje sociální diagnózu i prognózu a vypracovává zprávy potřebné pro další postup. Jeho úkolem je také sledovat sociální faktory, které mohou mít vliv na zdravotní stav klienta, a navrhnout odpovídající opatření. Kuzníková (2017) doplňuje, že zdravotně-sociální pracovník může v případě potřeby provádět i návštěvní službu v rodinách za účelem objektivního posouzení sociální situace.

Vzhledem k tomu, že informace získané od klientů jsou často důvěrné, je dle Matouška (2013) nezbytné, aby měl pracovník legitimní oprávnění k jejich zpracování a zásahům.

### **Poradenské a konzultační kompetence a činnosti**

Z pohledu Kutnohorské (2011) i Kuzníkové (2017) je důležitou součástí práce zdravotně-sociálního pracovníka poskytování sociálně-právního poradenství, které se zaměřuje na problémy spojené s onemocněním a jeho důsledky. Pracovník poskytuje informace klientům i jejich rodinám a v případě úmrtí klienta pomáhá pozůstalým řešit sociální záležitosti (Zákony pro lidi, 2025).

### **Výchovné kompetence a činnosti**

Zdravotně-sociální pracovník se věnuje prevenci a depistážní činnosti, kdy aktivně vyhledává jedince ohrožené nepříznivou sociální situací. Může se jednat o osoby, které kvůli nemoci nebo zdravotnímu stavu blízkého potřebují podporu při řešení své situace. Cílem je včas zachytit a minimalizovat možné negativní důsledky. (Kutnohorská, 2011)

### **Rozhodovací kompetence a činnosti**

Dalším úkolem zdravotně-sociálního pracovníka je sestavování plánu psychosociální intervence přizpůsobeného individuálním potřebám klienta. Tento plán zahrnuje konkrétní opatření, která mohou pomoci zlepšit jeho sociální situaci. Spolupracuje s dalšími odborníky na realizaci těchto opatření a využívá poznatky z krizové intervence při práci s klienty, kteří se ocitli v akutní tísní. (Kutnohorská, 2011)

### **Organizační kompetence a činnosti**

Zdravotně-sociální pracovník zajišťuje přípravu na propuštění pacienta z nemocnice a organizuje následnou péči (Zákony pro lidi, 2025). Připravuje klienty na přechod do ústavní péče nebo jiných forem sociálních služeb. Sleduje a vede jejich dokumentaci a spolupracuje s orgány veřejné správy. (Kutnohorská, 2011) Pro orgány veřejné správy a další instituce též vypracovává zprávy o sociální situaci pacienta (Kuzníková, 2017). Pracovník se také podílí na přípravě propuštění klientů z nemocnice, kdy zajišťuje návaznost péče a dostupnost potřebných sociálních služeb (Kutnohorská, 2011). Také se může podílet na přípravě a organizaci rekondičních pobytů (Zákony pro lidi, 2025).

### **Metodické kompetence a činnosti**

Zdravotně-sociální pracovník musí mít schopnost navrhnout nové standardy a metody zdravotně sociální péče a podílet se na odborném výzkumu. Pracovník sleduje aktuální trendy a vývoj v oblasti sociální práce ve zdravotnictví a zapojuje se do jejich aplikace v praxi. (Zákony pro lidi, 2025)

### **Jazykové kompetence a činnosti**

Ke komunikaci s klienty i odborníky je ze strany zdravotně-sociálního pracovníka nutná kultivovaná znalost českého jazyka, schopnost komunikace v cizím jazyce a porozumění základní latinské terminologii, která se běžně používá ve zdravotnictví. (Kutnohorská, 2011)

### **Komunikační a etické kompetence a činnosti**

Efektivní a empatická komunikace je klíčovou součástí práce zdravotně-sociálního pracovníka. Musí srozumitelně a přesně předávat informace klientům i jejich blízkým, respektovat etické kodexy a chránit důvěrné informace. Zároveň musí adekvátně vystupovat v médiích, pokud je třeba veřejnosti přiblížit problematiku sociální práce ve zdravotnictví. (Kutnohorská, 2011)

### **Osobnostní rozvoj**

Zdravotně-sociální pracovník by měl provádět sebereflexi a věnovat se kontinuálnímu vzdělávání. Neustálý rozvoj odborných znalostí, zejména v oblasti právních norem a sociálních opatření, je totiž důležitý pro efektivní výkon profese. (Kuzníková, 2011)

### **Role zdravotně-sociálního pracovníka**

Zdravotně-sociální pracovník může v rámci svého povolání zastávat několik různých rolí, které se vzájemně doplňují a umožňují komplexní péči o klienty. Mezi klíčové role lze zařadit především role **pečovatele** či **poskytovatele** služeb, který pomáhá klientům zvládat každodenní činnosti, jež nemohou vykonávat samostatně, nejčastěji z důvodu nemoci. Další významnou úlohou je **zprostředkovatel** služeb, který propojuje klienta se sociálními zařízeními a vyhledává dostupné zdroje pomoci odpovídající jeho potřebám. Může však působit i jako **učitel** sociální adaptace, který pomáhá klientům upravit jejich chování a tím efektivněji řešit problémy. V roli **poradce** nebo **terapeuta** podporuje osobní rozvoj klienta, pomáhá mu porozumět vlastním postojům a emocím. K dalším důležitým funkcím patří role **případového manažera**, jenž koordinuje a propojuje různé služby, aby odpovídaly potřebám klienta, a **manažera pracovní náplně**, který plánuje načasování sociální intervence a sleduje kvalitu poskytovaných služeb. Mezi další role zdravotně-sociálního pracovníka patří **personální manažer**, jenž zajišťuje supervizi a řízení zaměstnanců, **administrátor**, který plánuje a zavádí pracovní postupy

v organizaci, a činitel sociálních změn, jehož cílem je identifikovat a řešit širší společenské problémy, často na komunitní úrovni. Tyto role se prolínají a společně vytvářejí komplexní přístup k péči o klienty v rámci zdravotně-sociální práce. (Mátel, 2019)

## Praktická část

### 5 Metodologie výzkumu

Pro tuto práci byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie s ohledem na charakter zkoumané problematiky a potřebu porozumět zkušenostem zdravotně-sociálních pracovníků při zajišťování následné péče u pacientů s demencí v procesu propuštění ze zdravotnického zařízení. Pro sběr dat byl využit polostrukturovaný rozhovor, který umožnil zaměřit se na předem stanovená témata a zároveň poskytl respondentům prostor pro volné vyjádření jejich zkušeností.

#### 5.1 Cíl výzkumu

Cílem práce je zjistit a popsat požadavky, které na zdravotně-sociální pracovníky klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence v procesu propuštění ze zdravotnického zařízení.

Tato práce si klade za cíl nalézt odpověď na hlavní výzkumnou otázku (HVO):

**Jaké požadavky v procesu propuštění klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence na zdravotně-sociálního pracovníka?**

Na základě hlavního cíle práce byla formulována hlavní výzkumná otázka (HVO), kterou jsem dále rozpracovala do tří dílčích výzkumných otázek (DVO):

DVO1: Jaká je role zdravotně-sociálního pracovníka v procesu propuštění pacientů s onemocněním demence do následné péče?

DVO2: Jaké požadavky klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence na zdravotně-sociálního pracovníka?

DVO3: Jaké jsou možnosti a limity zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence z pohledu zdravotně-sociálního pracovníka?

#### 5.2 Metodika výzkumu

Analýza získaných dat byla provedena v rámci kvalitativního výzkumu s využitím tematické analýzy. Rozhovory byly nejprve rozděleny podle jednotlivých otázek, které odpovídaly stanoveným dílčím výzkumným otázkám. Následně byly porovnávány odpovědi všech respondentů na stejnou otázku, přičemž byl sledován výskyt podobných nebo opakujících se významů. Tyto shodné prvky byly označeny jako kódy a postupně seskupovány do širších tematických celků. Analýza probíhala přehledným způsobem s využitím jednoduché techniky „papír a tužka“, kdy byly jednotlivé odpovědi zapisovány, zvýrazňovány a dále tříděny. Výsledky jsou prezentovány formou souvislého textu a doplněny přímými citacemi respondentů, které dokreslují zjištěná témata.

### 5.3 Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je vhodnou strategií pro potřeby této práce, protože jeho cílem je zachytit individuální zkušenosti, postoje a významy, které lidé přisuzují určitému jevu. Tento typ výzkumu umožňuje pružně reagovat na specifika zkoumané problematiky a upravovat postupy během sběru dat, což zajišťuje jeho flexibilitu. Mezi přednosti kvalitativního přístupu patří možnost získat podrobný popis událostí a procesů v jejich přirozeném kontextu, což napomáhá hlubšímu porozumění jednání účastníků (Hendl, 2008).

Cílem kvalitativního výzkumu je porozumět tomu, jak jednotlivci konstruují svou sociální realitu, tedy jak interpretují své jednání a interakce. Výzkumník se snaží prostřednictvím různých metod zachytit nejen obsah, ale i způsoby, jakými účastníci vyjadřují své zkušenosti a pocity (Švaříček a Šedřová, 2007). Výhodou kvalitativního rozhovoru je rovněž možnost kontrolovat obsah a hloubku zjišťovaných informací, otázky lze upřesnit nebo zopakovat, což podporuje přesné pochopení a intenzivnější kontakt s účastníkem (Hendl, 2008).

Důležitým aspektem kvalitativního výzkumu je rovněž reflexivita výzkumníka, tedy uvědomění si vlastní role, postojů a zkušeností, které mohou ovlivnit interpretaci dat. Sebereflexe posiluje důvěryhodnost výsledků a umožňuje kriticky zhodnotit vliv subjektivity na sběr a analýzu dat (Švaříček a Šedřová, 2007).

V této práci byl kvalitativní výzkum zvolen proto, že umožňuje porozumět individuálním zkušenostem zdravotně-sociálních pracovníků se zajišťováním následné péče u pacientů s demencí a zjistit požadavky, které jsou na ně v této oblasti kladeny. Tento přístup umožnil zachytit problematiku v širších souvislostech a vycházet z reálné praxe respondentů.

### 5.4 Polostrukturovaný rozhovor

Polostrukturovaný rozhovor představuje jednu z klíčových metod sběru dat v kvalitativním výzkumu. Jeho podstatou je kombinace předem připravených témat s otevřeným průběhem rozhovoru, který umožňuje respondentům vyjadřovat vlastní zkušenosti a názory bez výrazného omezení. (Švaříček a Šedřová, 2007) Na rozdíl od plně strukturovaných metod není průběh rozhovoru pevně daný. Výzkumník se může v jeho průběhu rozhodovat, jaké otázky položí, v jakém pořadí a jak na odpovědi naváže. Tato flexibilita umožňuje reagovat na aktuální situaci a rozvíjet témata, která se v průběhu komunikace ukážou jako podstatná. (Hendl, 2005) Důležitým přínosem této metody je možnost zachytit hlubší významy, které účastníci výzkumu přikládají svým zkušenostem. Výzkumník sice sleduje stanovený rámec, zároveň však ponechává prostor pro individuální výpovědi, čímž dochází k propojení strukturovanosti a otevřenosti. (Švaříček a Šedřová, 2007) Polostrukturovaný rozhovor směřuje k porozumění tomu, jak lidé interpretují své jednání a situace, ve kterých se nacházejí. Z tohoto důvodu je důležité vést rozhovor v prostředí, které je pro respondenta přirozené a bezpečné. (Hendl, 2005) Výzkumník zde nevystupuje pouze jako tazatel, ale aktivně se podílí na průběhu rozhovoru, tím, že klade doplňující otázky, upřesňuje sdělení a vrací se k významným tématům. Tím se rozhovor proměňuje v interaktivní proces, jehož cílem je co nejhlubší pochopení zkoumané problematiky. (Švaříček a Šedřová, 2007)

Na základě výše uvedených charakteristik byl polostrukturovaný rozhovor zvolen jako vhodná metoda sběru dat pro tuto práci, protože umožnil reagovat na odpovědi zdravotně-sociálních

pracovníků, klást doplňující otázky a dále rozvíjet témata související se zajišťováním následné péče u pacientů s demencí. Vzhledem k otevřenému charakteru rozhovoru bylo možné získat podrobné informace o jejich zkušenostech z praxe a zachytit individuální pohledy na náročnost této činnosti. Přehled použitých otázek je uveden v příloze práce (viz příloha B)

## 5.5 Výzkumný soubor

Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který umožnil zaměřit se na předem stanovená témata a zároveň poskytl respondentům prostor pro volné vyjádření jejich zkušeností. Do realizovaného výzkumu se zapojilo celkem pět zdravotně-sociálních pracovníků, z toho dvě osoby zastávaly vedoucí pozici. Všichni respondenti se ve své profesní praxi aktivně věnují zajišťování následné péče u pacientů s demencí. Jejich zkušenosti byly klíčové pro získání relevantních dat. Výběr účastníků byl záměrný, přičemž hlavním kritériem výzkumného souboru byla přímá zkušenost s plánováním a organizací následné péče a ochota zapojit se do výzkumu. Charakteristika respondentů je uvedena v tabulce 1.

**Tabulka 1: Charakteristika respondentů**

Respondenti	Pracovní zařazení	Typ zařízení
R1	Zdravotně-sociální pracovník	LDN
R2	Vedoucí zdravotně-sociální pracovník	LDN
R3	Zdravotně-sociální pracovník	OGNP
R4	Zdravotně-sociální pracovník	OGNP
R5	Vedoucí zdravotně-sociální pracovník	OGNP

*Zdroj: vlastní zpracování*

Všichni respondenti pracují ve vybraných lůžkových zařízeních následné a dlouhodobé péče, kde mají možnost sledovat pacienty během hospitalizace a podílet se na rozhodování o jejich dalším umístění, případně návratu do domácího prostředí. Tento kontext umožňuje zachytit praktické zkušenosti zdravotně-sociálních pracovníků se zajišťováním následné péče u osob s demencí. Sběr dat probíhal v období od listopadu 2025 do února 2026. Rozhovory byly realizovány individuálně v prostředí vhodném pro otevřenou a nerušenou komunikaci. Délka jednotlivých rozhovorů se pohybovala mezi 30 až 45 minutami. Rozhovory byly nahrávány a následně přepsány do textové podoby pro účely analýzy dat.

## 5.6 Etické aspekty výzkumu

Při realizaci výzkumu byly dodrženy základní etické principy. Účast respondentů byla dobrovolná a všechny oslovené osoby byly předem informovány o účelu výzkumu. Byla zajištěna anonymita účastníků a důvěrnost získaných informací, přičemž nebyly zveřejněny jejich osobní údaje ani identita zařízení, ve kterých pracují. Zúčastněné osoby poskytly informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním dat a měly možnost svou účast kdykoliv ukončit bez udání důvodu. Vzor informovaného souhlasu je součástí příloh této práce (viz příloha A). Získaná data byla uchovávána v souladu s pravidly ochrany osobních údajů a využita výhradně pro účely tohoto

výzkumu. Takto nastavený postup respektuje principy důvěrnosti, dobrovolnosti a ochrany soukromí.

## 5.7 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Tato kapitola se zaměřuje na analýzu a interpretaci dat získaných prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se zdravotně-sociálními pracovníky. Cílem kapitoly je zhodnotit a popsat požadavky, které na zdravotně-sociální pracovníky klade zajišťování následné péče u pacientů s demencí v procesu jejich propuštění ze zdravotnického zařízení, a to s ohledem na tři dílčí výzkumné otázky.

Výsledky jsou prezentovány prostřednictvím tematických kódů, které vznikly na základě analýzy rozhovorů a jsou dále uspořádány do logických celků odpovídajících jednotlivým dílčím výzkumným otázkám.

### 5.7.1 Organizace následné péče u pacientů s demencí

Respondenti popsali, že zajišťování následné péče u pacientů s demencí zahrnuje koordinaci řady navazujících kroků. Tyto kroky začínají již při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení a pokračují až po jeho umístění do vhodného zařízení nebo návrat do domácího prostředí. Mezi klíčové činnosti patří zejména mapování sociální situace pacienta, spolupráce s rodinou a blízkými osobami, poskytování informací o dostupných službách, zajištění podání žádostí do domovů se zvláštním režimem a spolupráce s dalšími zdravotnickými a sociálními pracovníky.

Proces zajištění následné péče je velmi individuální a odvíjí se od zdravotního stavu pacienta, míry soběstačnosti a stupně demence. Jak uvedla respondentka R1: *„Když je ten člověk přijat na naše oddělení, zjistíme, zda by to zvládl doma, nebo zda je nutná pobytová služba. Nakontaktuju rodinu, případně navazující služby, a podle toho plánujeme další péči.“* Z uvedeného vyplývá, že rozhodování o dalším směru péče je podmíněno komplexním posouzením situace pacienta a jeho zázemí.

Významnou součástí procesu je také spolupráce s rodinou a terénními službami, které se po dělí na zajištění návazné péče odpovídající aktuálním potřebám pacienta. V případech, kdy pacient nedisponuje rodinným zázemím, přebírají zdravotně-sociální pracovníci aktivnější roli při zprostředkování služeb a podání žádostí, jak ilustruje výpověď respondentky R2: *„Pokud pacient nemá rodinu, která by mohla zajistit péči, zajišťujeme kontakty na sociální služby a pomáháme s podáním žádostí, aby měl návaznou péči zajištěnou.“*

Celkově tedy zdravotně-sociální pracovník vystupuje jako klíčový koordinátor, který propojuje pacienta, jeho rodinu a poskytovatele následné péče. Jeho role spočívá nejen v organizaci jednotlivých kroků, ale také v zajištění plynulého a bezpečného přechodu pacienta do další formy péče.

### 5.7.2 Koordinace a spolupráce při propuštění pacientů s demencí

Respondenti souhlasí, že koordinace mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky je klíčová pro hladký přechod pacientů s demencí z nemocniční péče do dalších zařízení nebo do domácího prostředí. V rámci tohoto procesu je zásadní průběžná komunikace, sdílení informací

o zdravotním stavu pacienta a plánování termínu propuštění s ohledem na dostupnost pobytových či terénních služeb. Respondenti zdůraznili, že každý pacient má individuální potřeby, a proto je důležité propojení více subjektů, jako jsou lékaři, ošetrovatelský personál, rehabilitační pracovníci a sociální služby. Úzká spolupráce s pobytovými zařízeními zahrnuje zejména předávání sociálního šetření a podkladů pro žádosti o umístění pacientů. Jak uvedla jedna respondentka (R2): *„S pobytovými službami máme velmi úzkou spolupráci. Oni provádějí vlastní sociální šetření a my jim poskytujeme informace z našeho sociálního šetření, abymohl být přechod pacienta co nejplynulejší.“*

Významnou roli hraje spolupráce s rodinou, ať už pacient přechází do domácí péče, nebo do institucionálního zařízení. Zdravotně-sociální pracovníci poskytují rodině podporu při výběru a zajištění terénních služeb, jsou nápomocni při vyplňování žádostí do domovů pro seniory nebo odlehčovacích služeb a poskytují informace o dostupných možnostech péče. Jak uvedla respondentka (R5): *„Když se rozhodne, že pacient půjde do domova pro seniory, nejprve kontaktujeme rodinu a domluvíme se, co s ním bude. Pomáháme jim podat žádost, zajišťujeme potřebná vyjádření a posíláme epikrízy do zařízení následné péče.“*

Důležitou součástí procesu je i multidisciplinární spolupráce. Zdravotně-sociální pracovníci pravidelně konzultují zdravotní stav pacientů s lékaři a ošetrovatelským personálem, což umožňuje lépe určit vhodné zařízení a typ následné péče. Tento přístup zároveň zajišťuje, že pacienti dostávají péči odpovídající jejich zdravotnímu stavu a individuálním potřebám.

Z rozhovorů vyplývá, že koordinace a komunikace mezi všemi aktéry je klíčová pro bezpečný a plynulý přechod pacientů s demencí z nemocnice do dalších zařízení nebo do domácí péče. Dobře organizovaná spolupráce dokáže minimalizovat stres pacientů a jejich blízkých a zajistit péči odpovídající individuálním potřebám, i pokud se vyskytnou komplikace, například omezené kapacity pobytových služeb nebo nedostatečná spolupráce rodiny.

### 5.7.3 Komunikace s pacientem s demencí a rodinou

Respondenti uvedli, že součástí komunikace s pacientem a jeho rodinou je zhodnocení aktuálního stavu pacienta a jeho schopností zvládat péči doma. R2 popisuje, že používají standardizované nástroje pro hodnocení kognitivních funkcí: *„Udělá se ten Mini-Mental Test, tam zjistíme, jak moc je vlastně ten pacient postižený, a potom vlastně jdeme za ním osobně, zeptáme se ho, co chce, co by zvládl, nezvládl, jestli padá, nepadá. Vlastně zmapujeme ten jeho dosavadní proces a postup, který byl vlastně jako, který měl doma.“* Pokud stav pacienta neumožňuje spolehlivou komunikaci nebo je demence již rozvinutá, respondenti kontaktují rodinu a společně plánují další postup péče. R1 zdůrazňuje: *„No a když to prostě nejde, když ta demence je opravdu jako už rozšířená, tak si voláme rodinu a plánujeme právě jako co dál. Jo? Většinou se stává, že ti pacienti byli doma jako úplně soběstační, úplně fresh, v pořádku a vlastně když si třeba zlomí krček, mají narkózu, tak ta narkóza prostě to spustí, tu demenci. Jo?“*

Respondenti tak upozorňují na význam pečlivé komunikace s pacientem a jeho rodinou, individuálního přístupu a mapování předchozího života pacienta při návrhu vhodného řešení následné péče. Tento postup je vždy realizován v úzké spolupráci s rodinou, což zajišťuje, že navržená opatření odpovídají skutečným potřebám pacienta.

#### 5.7.4 Požadavky a dovednosti zdravotně-sociálního pracovníka při zajišťování následné péče u pacientů s demencí

Z rozhovorů od dotazovaných vyplynulo, že zajišťování následné péče u pacientů s demencí klade na zdravotně-sociální pracovníky vysoké nároky, zejména v oblasti koordinace, komunikace a schopnosti přizpůsobit se individuální situaci každého pacienta. Respondenti zdůrazňovali, že je nutné mít přehled o dostupných terénních a pobytových službách, schopnost orientovat se v typech demence a zároveň zohlednit rodinné zázemí pacienta. *„Je potřeba mít přehled o možnostech vůbec nástrojů, služeb pro tyto lidi, ať jsou to terénní služby nebo pobytové. Samozřejmě je potřeba vědět i jak člověk tu demenci zvládá, jaká je kapacita rodinného prostředí“* (R1).

Klíčovou dovedností je schopnost komunikace a empatie, zejména při rozhovoru s pacientem a jeho rodinou. Respondenti uváděli, že rozhovor často slouží jako primární nástroj zjišťování informací a plánování další péče: *„Určitě rozhovor... jak s pacientem, tak s rodinou, s lékařem. Hodně empatie... snažím se zajistit pro ně to nejlepší, ale zároveň vyhovět lékařům i rodině“* (R4).

Další nezbytnou schopností je organizační dovednost, například při sledování dostupných lůžek a předávání informací mezi odděleními a zařízeními následné péče: *„Vykomunikuji s lékařem, dostanu zprávu, tu zprávu si naskenuji, připojím sociální šetření, pošlu to e-mailem na následné péče, často se stává, že z kapacitních důvodů nám nemůžou vyhovět, takže zkoušíme zase jinou následnou péči“* (R3).

Respondenti také poukazovali na náročnost práce s rodinami pacientů, které mohou být vyčerpané a ne vždy ochotné převzít péči domů. V takových případech je nutné zajistit rychlé a bezpečné umístění pacienta do vhodného zařízení, často s ohledem na dostupnost lůžek: *„Požadavky jsou, abysme toho pacienta co nejdřív dostali někam do zařízení, nejlépe do domova, což se moc nedaří, protože při nemocnici ta fluktuace pacientů prostě musí být“* (R5).

Z odpovědí respondentů je patrné, že práce zdravotně-sociálního pracovníka při zajišťování následné péče o pacienty s demencí je velmi náročná. Vyžaduje vysokou míru komunikace, koordinace a organizačních schopností, stejně jako empatii a individuální přístup k pacientovi a jeho rodině. Zároveň je nutné mít znalosti o dostupných službách a schopnost pružně reagovat na aktuální situaci, přičemž nedílnou součástí práce je spolupráce s lékaři a efektivní předávání informací mezi jednotlivými odděleními a zařízeními následné péče. Nedostatek některých zdrojů nebo omezená spolupráce rodiny mohou způsobit zpoždění umístění pacienta a zvýšený stres pro všechny zúčastněné.

#### 5.7.5 Vzdělání a odborná příprava pro práci s pacienty s demencí

Výsledky ukazují, že pro práci s pacienty s demencí je důležitá nejen formální vzdělání, ale také průběžné vzdělávání a osobnostní předpoklady pracovníka. Respondenti se shodují, že základem je kvalifikační vzdělání pro výkon profese zdravotně-sociálního pracovníka, ideálně na úrovni vysokoškolského studia, které poskytuje potřebné teoretické i praktické znalosti. *„Určitě to kvalifikační vzdělání pro výkon profese... minimálně ten bakalářský. Potom určitě nejsou špatné nějaké ty kurzy vzdělávací, které můžou prohloubit oblasti, třeba komunikace“* (R3).

Kromě požadovaného odborného vzdělání respondenti zdůrazňují význam dalšího profesního rozvoje, například formou kurzů zaměřených na problematiku demence, komunikaci nebo

praktické nácviky. Za přínosné považují také zážitkové formy vzdělávání, které umožňují lépe pochopit prožívání pacientů s demencí a jejich chování v běžných situacích. *„Co je fajn, tak určitě zvolit i nějaký individuální vzdělávání... měli jsme školení s virtuálními brýlemi na specifika demence a bylo to moc přínosné, protože jsme si mohli vyzkoušet, jak člověk s demencí vnímá okolí“* (R2).

Dotazovaní dále poukazují na význam sdílení zkušeností mezi pracovníky, například prostřednictvím profesních setkání, která přispívají k rozšiřování znalostí a zlepšování praxe. Zároveň však zdůrazňují, že samotné formální vzdělání není pro tuto práci dostačující. Za klíčové považují především osobnostní vlastnosti, jako jsou empatie, trpělivost a schopnost nadhledu, které umožňují lépe zvládat náročné situace spojené s péčí o pacienty s demencí. *„Myslím si, že důležitá je hlavně empatie a trpělivost... nebrat si všechno osobně a uvědomit si, že člověk nemůže vyřešit všechno“* (R4).

Dalším důležitým aspektem je schopnost porozumět specifickým onemocnění demence a adekvátně na ně reagovat v praxi, například při komunikaci s pacientem, který může mít zkreslené vnímání reality. *„Možná i nějaký speciální kurz na demenci, protože pacienti s demencí jsou dost specifická skupina... když například vidí něco, co není reálné, tak jim to nevyvracet, ale spíš jim pomoci tu situaci zvládnout“* (R5).

Celkově tedy práce s pacienty s demencí vyžaduje kombinaci odborného vzdělání, kontinuálního profesního rozvoje a osobnostních předpokladů. Nedostatek zkušeností nebo vhodného vzdělávání může vést k neadekvátnímu přístupu k pacientům, zhoršení komunikace a vyššímu stresu pracovníků i rodin. Důležitá je nejen znalost problematiky demence a dostupných postupů, ale také schopnost empatického přístupu a praktického uplatnění znalostí v každodenní péči.

### 5.7.6 Možnosti a dostupnost následné péče pro pacienty s demencí

Na základě rozhovorů lze konstatovat, že zajištění následné péče pro pacienty s onemocněním demence je výrazně limitováno kapacitami zařízení a specifiky jednotlivých pacientů. Zdravotně-sociální pracovníci uváděli, že možnosti následné péče jsou velmi individuální a závisí na mobilitě pacienta, jeho zdravotním stavu, stupni demence a schopnosti rodiny zajistit domácí péči. Respondenti zdůrazňovali, že pokud je pacient imobilní, lze jej často umístit do běžného domova pro seniory, protože nehrozí riziko, že by opustil zařízení. Naproti tomu u mobilních pacientů s demencí je situace komplikovanější, neboť speciálních oddělení s tzv. „zvláštním režimem“ je málo a často jsou dlouhodobě obsazená. Rovněž finanční dostupnost soukromých zařízení bývá limitující: *„Pokud je ten člověk mobilní, tak možnosti jsou velmi omezené, protože těch míst, kde je domov se zvláštním režimem, je málo, často dlouhodobě obsazené. A pokud jsou, tak jsou často třeba v soukromých zařízeních, což naši pacienti často nemohou uplatit. Rodina nemůže dopláct, a na Alzheimer centra prostě ti lidé nemají ten důchod“* (R1).

Jedna z respondentek poukázala na význam akutní péče. U pacientů, kteří jsou neklidní nebo vyžadují psychiatrické zajištění, je podle ní často nutné využít gerontopsychiatrickou péči, přičemž i zde naráží na omezené kapacity: *„Tak pokud je pacient neklidný nebo je potřeba kurtace, tak je asi nejlepší dát ho na gerontopsychiatrii. Ale v dnešní době je hrozně problém někoho tam dostat. Už nám dlouho nevzali pacienta s demencí, který byl neklidný, třikrát jsme volali konzilium z psychiatrie, třikrát nám ho nevzali, až potom pacient zemřel“* (R5).

Respondenti rovněž upozorňovali, že kapacity následné péče ve všech typech zařízení jsou nedostatečné a rostoucí stárnutí populace situaci dále zhoršuje: „Kapacita následných péčí, ať už pro pacienty s demencí nebo jiné, by měla být navýšena. Ty možnosti dlouhodobé péče nejsou až tak velké, jak by bylo potřeba“ (R3).

Z výpovědi vyplývá, že ačkoli je v okolí dostatek zařízení, čekací doby na ně jsou velmi dlouhé: „Místní dostupnost není špatná, ta je skvělá, ale dostat se do těchto zařízení je časově náročné. S ohledem na stárnutí obyvatel a počet žádostí jsou čekací doby do pobytových služeb v řádu půl roku, někdy i několik let. U pacientů s nižším stupněm příspěvku na péči může čekání trvat ještě déle“ (R3). Tato situace je ovlivněna kombinací kapacitních omezení, specifických potřeb pacientů a finančních možností rodin, což vede k tomu, že i přes existenci pobytových a terénních služeb zůstává zajištění následné péče náročné a vyžaduje individuální a flexibilní přístup.

Tímto bylo zjištěno, že kapacitní omezení, specifické potřeby pacientů a finanční možnosti rodin omezují možnosti následné péče. I přes existenci pobytových a terénních služeb zůstává zajištění následné péče náročné a vyžaduje, aby zdravotně-sociální pracovník individuálně zohlednil dostupnost služeb, zdravotní stav pacienta a možnosti rodiny.

#### 5.7.7 Služby a opatření pro zajištění domácí péče u pacientů s demencí

Domácí péče u pacientů s demencí vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje dostupné služby, technickou podporu, koordinaci zdravotních a sociálních služeb a aktivní zapojení rodiny. Dostupnost služeb v domácím prostředí závisí na míře podpory, zdravotním stavu pacienta, pokročilosti demence a schopnosti rodiny se o pacienta postarat. Respondenti se shodli, že vhodným nástrojem jsou různé technické pomůcky, jako SOS hodinky s GPS a detektorem pádu, dohledové sety, pojistky na zásuvky nebo hlásiče plynu, které mohou umožnit bezpečný pobyt doma i pro pacienty s lehkou či počínající demencí: „S nějakou podporou terénních zdravotních a sociálních služeb, když je demence lehká nebo počínající, se to v domácím prostředí dá ještě zvládnout“ (R1).

Zkušenosti zdravotně-sociálních pracovníků ukazují, že ideální je, pokud se pacient může vrátit domů a preferuje pobyt v přirozeném prostředí. R1 uvedla: „Pokud ten člověk samozřejmě touží být doma, většinou teda touží být doma, tak záleží taky i ta hloubka té demence, jak na tom ten člověk je. A potom vlastně v domácím prostředí můžou využívat veškeré terénní služby, ať už je to pečovatelská služba, domácí zdravotní péče například, ale hlavně osobní asistence nebo i odlehčovací služba, která odlehčuje především pečujícím osobám, aby nemohli čelit třeba syndromu vyhoření, protože ta péče o lidi s demencí v domácím prostředí bývá především náročná pro pečující osobu.“

R2 zdůraznila význam praktických nástrojů a osobní asistence: „No, tak jakoby nejčastěji my tady jakoby píšeme ten poukaz na domácí zdravotní péči... doporučujeme buď službu tísňové péče, nebo ty SOS hodinky pro seniory, ty dohledové sety a pak určitě osobní asistence, pečovatelská služba. U pacientů s demencí vždycky vnímám takovou spíš jakoby lepší službu osobní asistence.“

R3 poukázala na krajskou poradnu a podporu pečujících: „Poradna Vysočina pečující má možnost dojet k lidem domů, nějaký věci jim vysvětlit. Mají i kurzy pro pečující, že jim ukáže, jakým

*způsobem se o toho člověka starat. Mají i podpůrné kurzy, svépomocné skupiny... Pak jsou perfektní služby terénní, jako už ta domácí zdravotní péče nebo pečovatelské služby...*

R4 zdůraznila kombinaci služeb a kapacitní omezení: *„Primárně příspěvek na péči, pečovatelská služba. Rodiny by potřebovaly i na čtyřadvacet hodin denně, ta bohužel žádná taková není, takže někdy doporučujeme, aby si objednali kombinaci vícero služeb, aby se to dalo zasíťovat přes den nějak hustěji. Pečovatelská služba, domácí zdravotní péče, půjčovna kompenzačních pomůcek a hodně kontaktů na poradnu Vysočina pečuje... ale rozhodně pečovatelská služba vede.“*

R5 doplnila konkrétní služby a formy podpory, které rodiny nejčastěji využívají: *„Tak určitě nějaký jako pečovatelský služby, jo, třeba rána, že jo, hygiena, oběd a tak dále, nachystání, to jako určitě. Denní stacionáře taky můžou být samozřejmě, odlehčovací služba, jo, když už prostě ta rodina třeba nezvládne, tak samozřejmě taky může být. A využívají to, si myslím, ty rodiny.“*

Získaná data od dotazovaných ukazují, že při zajišťování domácí péče se nejčastěji využívá kombinace pečovatelské služby, domácí zdravotní péče, osobní asistence, odlehčovacích služeb, denních stacionářů a podpůrných aktivit, včetně krajských poraden a kurzů pro pečující. Účinnost péče závisí na koordinaci těchto služeb, kapacitních možnostech a individuálních potřebách pacienta, přičemž prioritou je bezpečí pacienta a prevence syndromu vyhoření u pečujících osob.

Bezpečný návrat pacienta do domácího prostředí vyžaduje také přizpůsobení denního režimu a materiální a technické zabezpečení péče. Respondenti zdůraznili, že i přes dostupnost moderních technologií a podpůrných opatření nelze riziko zcela eliminovat: *„Ono když jde jako domů a pacient je tam sám, tak jak zajistíte bezpečí? Existují kamery, speciální zásuvky... ale jestli spadne, to už neovlivníte“* (R5).

Klíčovou součástí domácí péče je spolupráce rodiny, která zahrnuje doporučení dostupných služeb, administrativní podporu a dohled nad kontinuální péčí: *„Doporučujeme spolupráci s Alzheimer poradnou, účast na kurzech, čerpání dlouhodobého ošetřovného, vyřízení příspěvku na péči a opatrovnictví...“* (R2).

Celkově zkušenosti respondentů ukazují, že efektivní domácí péče vyžaduje individuální přístup, koordinaci mezi zdravotními a sociálními službami, materiální a technické zabezpečení a ochotu rodiny spolupracovat. Flexibilita při zajišťování péče je klíčová, zejména s ohledem na specifika demence, soběstačnost pacienta a dostupnost služeb. Kombinace služeb a podpory, bezpečné prostředí, moderní technologie a vzdělávání pečujících představují základ pro udržení kvalitní péče v domácím prostředí.

### 5.7.8 Nejnáročnější aspekty zajišťování následné péče u pacientů s demencí

Dotazovaní zdravotně-sociální pracovníci uvádějí, že největší náročnost procesu zajištění následné péče spočívá v omezených kapacitách pobytových zařízení, individuálních možnostech rodiny a sladění očekávání mezi pacientem a rodinou. Často se setkávají se situacemi, kdy pacient preferuje návrat domů, ale bezpečnostní podmínky to neumožňují, nebo kdy rodina žádá rychlé umístění do pobytové služby, i když není dostupná kapacita. Jak uvádí R1: *„Nejnáročnější je, když pacient by si přál jít domů... doma je to pro něj už nebezpečný, mohl by být ohrožen jeho život a zdraví.“*

Respondenti dále zdůrazňují, že klíčovým úkolem je pečlivé plánování kombinace podpůrných opatření, včetně využití pečovatelské služby, domácí zdravotní péče, odlehčovacích služeb a moderních technologií, například kamerového dohledu, SOS hodinek, aby bylo možné zajistit podporu i při omezené dostupnosti rodiny. R2 upozorňuje na význam koordinace očekávání a komunikace s rodinou: „*Komunikace s rodinou... a tlak, který je na nás vyvíjený, když rodina potřebuje pobytovou sociální službu a my nemáme místo v domově pro seniory.*“

Další důležitý aspekt, který respondenti zmínili, je nejistota a stres spojený s bezpečím pacienta. R5 upozornila: „*Ono když jde pacient domů a je tam sám, tak jak zajistíte jeho bezpečí? Existují kamery, speciální zásuvky... ale jestli spadne, to už neovlivníte.*“

Celkově tedy dotazovaní ukazují, že největší výzvou v procesu zajištění následné péče není jen koordinace služeb, ale také sladění dostupných možností s potřebami pacienta a schopnostmi rodiny. Tento proces často zahrnuje tlak, stres a nejistotu, protože každý pacient vyžaduje individuální přístup a situace se může rychle měnit. Flexibilita, efektivní komunikace a schopnost reagovat na konkrétní podmínky rodiny a pacienta jsou proto klíčové pro bezpečný a kvalitní průběh následné péče.

### 5.7.9 Zlepšení dostupnosti následné péče pro pacienty s demencí

Akteři rozhovorů zdůrazňují, že dostupnost následné péče je často limitována nedostatkem kapacit pobytových zařízení, omezeným personálem a finančními možnostmi rodin. Na základě jejich zkušeností lze identifikovat několik opatření, která by mohla situaci pacientů s demencí a jejich pečujících zlepšit.

R1 a R4 zdůraznili potřebu většího počtu pobytových zařízení a odlehčovacích služeb, aby rodiny měly možnost pravidelného odpočinku a pacienti bezpečné umístění: „*Víc sociálních zařízení, pobytových i terénních, případně rodina, která by se u pacienta střídala, by hodně pomohlo.*“ (R1, R4)

R5 doplnila, že rozšíření kapacit by mělo zahrnovat zejména domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: „*No tak každopádně rodina, která by se u pacienta střídala, to by byla fajn. Určitě víc sociálních zařízení, pobytových, možná i terénních... víc stavět domovů pro seniory, nebo domovů se zvláštním režimem.*“ (R5)

Respondenti upozornili, že nízký příspěvek na péči omezuje možnost zajištění domácí péče a zatěžuje rodiny psychicky i finančně. R2 a R4 navrhly změny v hodnocení příspěvku a ohodnocení pracovníků: „*Aby ty rodiny převzaly trošku zodpovědnost za své příbuzné a aby kvalitně byly ohodnocené pomáhající profese v domovech a pečovatelských službách... protože pokud to tak nebude, nikdo nebude chtít o někoho pečovat a problém bude pořád zacyklený.*“ (R4)

R3 upozornila, že příspěvek na péči by měl být využit i na zajištění kvalitní služby: „*Když už je nutné s tím člověkem zůstat doma, mělo by být zajištěné, aby část příspěvku byla použita na služby, tím by vznikl koloběh peněz a rodiny by měly lepší podmínky.*“ (R3)

Respondenti rovněž zdůraznili význam edukace rodin a informovanosti praktických lékařů: „*Hodně, že osvěta o demenci je pořád důležitá, aby se o tom mluvilo už v časně fázi, a povědomí praktických lékařů o možnostech následné péče.*“ (R2)

Cílem je, aby rodiny lépe rozuměly potřebám pacientů s demencí a možností využití dostupných služeb, a zároveň aby lékaři mohli poskytovat vhodná doporučení.

Respondenti upozornili i na nedostatky ve vzdělávání zdravotnického personálu a nutnost vyššího finančního ohodnocení: „Dnes je potřeba změnit vzdělávání zdravotnického personálu a zlepšit ohodnocení profesionálů, aby se do péče o pacienty s demencí zapojili kvalitní pracovníci.“ (R2)

Podle zkušeností respondentů by tyto kroky umožnily lepší zajištění následné péče, snížily stres rodin i pracovníků a zajistily kontinuitu péče o pacienty s demencí. Realizace navrhovaných opatření by vedla k lepší dostupnosti služeb, snížení zátěže pečujících a vyšší spokojenosti pacientů, jejich rodin i zdravotně-sociálních pracovníků.

## 5.8 Souhrn výsledků

Tato kapitola shrnuje hlavní výsledky výzkumu a odpovídá na stanovené dílčí výzkumné otázky. Cílem práce bylo zjistit a popsat požadavky, které na zdravotně-sociální pracovníky klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence v procesu propuštění ze zdravotnického zařízení.

Na základě analýzy výpovědí respondentů lze konstatovat, že role zdravotně-sociálního pracovníka při propuštění pacientů s demencí ze zdravotnického zařízení (DVO1) nespočívá pouze ve zprostředkování další péče, ale zahrnuje komplexní posouzení sociální situace pacienta, jeho rodinného zázemí a možností následného zajištění péče. Respondenti popisovali, že proces plánování další péče často začíná již v průběhu hospitalizace, kdy je třeba průběžně vyhodnocovat, zda bude možný návrat pacienta do domácího prostředí, nebo zda bude nutné hledat pobytovou službu. Jako významná se ukázala zejména komunikace s rodinou, protože právě rodinní příslušníci často vstupují do rozhodování o další péči a současně představují hlavní zdroj podpory při zajištění domácí péče. Významnou součástí role zdravotně-sociálního pracovníka bylo rovněž poskytování informací o dostupných službách, pomoc s administrativními úkony a koordinace spolupráce s dalšími odborníky i institucemi. Z výpovědí respondentů tak vyplynulo, že zdravotně-sociální pracovník v procesu propuštění vystupuje především jako koordinátor a prostředník mezi pacientem, rodinou, zdravotnickým týmem a návaznými službami.

V oblasti požadavků kladených na zdravotně-sociálního pracovníka (DVO2) respondenti zdůrazňovali nejen potřebu odborných znalostí, ale především schopnost pružně reagovat na individuální situaci každého pacienta. Za důležité považovali znalost systému sociálních a zdravotních služeb, orientaci v možnostech jednotlivých typů zařízení a schopnost posoudit, která forma péče je pro konkrétního pacienta reálně dostupná a vhodná. Současně vyplynulo, že práce s pacienty s demencí klade zvýšené nároky na komunikační dovednosti, trpělivost a empatii, a to zejména ve vztahu k rodinám, které bývají pod značnou psychickou zátěží nebo se s navrhovaným řešením neztotožňují. Respondenti rovněž poukazovali na časovou a organizační náročnost celé agendy, protože zajištění další péče vyžaduje opakovanou komunikaci se zařízeními, sledování volných kapacit a koordinaci více subjektů současně. Výsledky tak ukazují, že požadavky na zdravotně-sociálního pracovníka mají nejen odborný, ale výrazně také organizační, komunikační a psychicky zatěžující charakter.

V souvislosti s možnostmi a limity zajišťování další péče (DVO3) se ukázalo, že rozhodování o dalším postupu je výrazně ovlivněno zdravotním stavem pacienta, mírou jeho soběstačnosti,

rodinným zázemím a reálnou dostupností služeb. Respondenti uváděli, že návrat do domácího prostředí je možný především tehdy, pokud je přítomna spolupracující rodina, která je schopna převzít významnou část péče, a pokud lze současně zajistit podporu terénních nebo zdravotních služeb. V opačných případech bylo často nutné hledat pobytové řešení, nejčastěji domov se zvláštním režimem. Jako nejvýraznější limit se ve výpovědích opakovaně objevoval nedostatek kapacit vhodných zařízení, a s tím související dlouhé čekací doby. Respondenti ale upozorňovali i na další překážky, například finanční nedostupnost některých služeb, neochotu rodiny převzít péči nebo rozpor mezi přáním pacienta, představami rodiny a tím, co bylo z hlediska bezpečí a péče reálně možné zajistit. Za zvláště náročné považovali situace, kdy nebylo možné zajistit optimální variantu péče a bylo nutné hledat kompromisní řešení. Výsledky tedy ukazují, že limity systému nespočívají pouze v nedostatku služeb, ale také v obtížném sladění zdravotních, sociálních a rodinných okolností konkrétního pacienta.

Pro přehlednost jsou hlavní zjištění shrnuta v následující tabulce.

**Tabulka 2: Shrnutí dle dílčích výzkumných otázek**

DVO	VÝSLEDKY/ZJIŠTĚNÍ
Role zdravotně-sociálního pracovníka v procesu propuštění pacientů s onemocněním demence do následné péče.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• proces zajištění péče začíná již během hospitalizace</li> <li>• klíčová je komunikace s rodinou (hlavní partner při rozhodování)</li> <li>• zdravotně-sociální pracovník posuzuje možnost návratu pacienta domů nebo nutnost pobytové služby</li> <li>• zdravotně-sociální pracovník zajišťuje informace o službách a podává žádosti</li> <li>• koordinuje spolupráci mezi zdravotníky a sociálními službami</li> <li>• vystupuje jako prostředník mezi pacientem, rodinou a institucemi</li> </ul>
Požadavky kladené na zdravotně-sociálního pracovníka při zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nutnost orientace v systému sociálních a zdravotních služeb</li> <li>• vysoké nároky na komunikační dovednosti a empatii (zejména ve vztahu k rodině)</li> <li>• potřeba individuálního přístupu ke každému pacientovi</li> <li>• organizační náročnost spojená s koordinací více subjektů</li> <li>• práce pod časovým tlakem</li> <li>• nutnost řešení konfliktních situací (např. mezi očekáváními rodiny a reálnými možnostmi systému)</li> </ul>
Možnosti a limity zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence z pohledu zdravotně-sociálního pracovníka.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• domácí péče je limitována dostupností podpory v domácím prostředí</li> <li>• nutnost kombinace více služeb (pečovatelská, zdravotní...)</li> <li>• nedostatek kapacit pobytových zařízení</li> <li>• dlouhé čekací doby</li> <li>• finanční náročnost některých služeb</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• nesoulad mezi přáním pacienta, rodiny a možnostmi systému</li><li>• nutnost volit kompromisní řešení</li></ul>
--	--

*Zdroj: vlastní zpracování*

Z celkového pohledu bylo zjištěno, že zajišťování další péče u pacientů s demencí představuje komplexní proces, v němž zdravotně-sociální pracovník propojuje zdravotní a sociální oblast a současně reaguje na individuální potřeby pacienta i možnosti jeho okolí. Tento proces je ovlivněn nejen zdravotním stavem pacienta, ale také dostupností služeb a mírou spolupráce rodiny. Role zdravotně-sociálního pracovníka je v tomto kontextu klíčová a vyžaduje kombinaci odborných znalostí, organizačních schopností a komunikačních dovedností.

## 6 Diskuse

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že role zdravotně-sociálního pracovníka je v tomto procesu velmi významná a zahrnuje široké spektrum činností od mapování sociální situace pacienta přes komunikaci s rodinou a dalšími odborníky až po samotnou koordinaci návazných služeb a administrativní zajištění péče. Výsledky zároveň ukázaly, že zdravotně-sociální pracovník vystupuje především jako koordinátor celého procesu zajišťování následné péče. Jeho role začíná již při přijetí pacienta do zdravotnického zařízení a pokračuje až do okamžiku jeho propuštění do domácího prostředí nebo umístění do vhodného pobytového zařízení. Součástí této role je zhodnocení sociální situace pacienta, komunikace s rodinou, zprostředkování informací o možnostech následné péče a zajištění potřebné administrativy. Toto zjištění je v souladu s odbornou literaturou, která uvádí, že zdravotně-sociální pracovník propojuje zdravotní a sociální péči a podílí se na zajištění komplexní podpory klienta (Kutnohorská, 2011). Zároveň se podílí na plánování a koordinaci psychosociálních intervencí a organizaci následné péče, včetně přípravy pacienta na propuštění ze zdravotnického zařízení (Kuzníková, 2017).

Současně se ukázalo, že proces zajišťování následné péče je vždy individuální a odvíjí se od zdravotního stavu pacienta, míry soběstačnosti, stupně demence i rodinného zázemí. Tento výsledek odpovídá charakteru onemocnění demence, které se projevuje různou u mírou závažnosti a rozdílnými potřebami jednotlivých pacientů. Individuální přístup k plánování péče odpovídá odborným poznatkům, podle nichž se potřeba podpory a dozoru u osob s demencí mění v závislosti na fázi onemocnění a míře zachované soběstačnosti (Hauke a kol., 2017). Současně je v odborné literatuře zdůrazňováno, že při volbě vhodné formy péče je nutné zohlednit nejen zdravotní stav pacienta, ale také jeho sociální situaci a možnosti podpory v přirozeném prostředí, zejména ze strany rodiny (Holmerová a kol., 2015).

Na tuto skutečnost navazuje význam koordinace a spolupráce při propuštění pacientů s demencí. Respondenti opakovaně zdůrazňovali, že bez úzké spolupráce mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky nelze zajistit plynulý a bezpečný přechod pacienta do další formy péče. Jako zásadní se ukázala pravidelná komunikace, sdílení informací o zdravotním stavu pacienta a společné plánování dalšího postupu. Tento závěr koresponduje s odbornou literaturou, která zdůrazňuje význam spolupráce multidisciplinárního týmu a návaznosti zdravotní a sociální péče při zajištění komplexní podpory pacienta (Kuzníková, 2017). Současně je poukazováno na nutnost propojení těchto oblastí, protože oddělené fungování zdravotního a sociálního systému může vést ke komplikacím při zajištění následné péče (Kalvach, 2019).

Významnou roli v procesu zajišťování následné péče podle respondentů hraje také rodina pacienta, která představuje důležitého partnera při rozhodování o dalším postupu péče, a to jak v případě návratu pacienta do domácího prostředí, tak při jeho umístění do pobytového zařízení. Zdravotně-sociální pracovník rodině poskytuje informace, pomáhá s orientací v systému služeb a podporuje ji při vyřizování žádostí a další administrativy. Tento výsledek odpovídá odborným poznatkům, podle nichž rodina představuje základní zdroj podpory při péči o osoby s demencí a významně ovlivňuje možnosti zajištění další péče (Fertařová, 2020). Zároveň však odborná literatura upozorňuje, že schopnost rodiny poskytovat péči může být limitována různými faktory, což se promítá i do praxe (Hrozenská, 2013). Současně se ukázalo, že spolupráce s rodinou nemusí být vždy snadná, protože někteří respondenti poukazovali na situace, kdy rodina není schopna nebo ochotna převzít péči, případně očekává rychlé umístění pacienta do zařízení, které

však není kapacitně dostupné. Tento aspekt poukazuje na náročnost práce zdravotně-sociálního pracovníka, který se v praxi pohybuje mezi potřebami pacienta, očekáváním rodiny a reálnými možnostmi systému. Tyto limity jsou v odborné literatuře spojovány zejména s nedostatečnou kapacitou služeb a nedokonalým propojením systému péče (Kalvach, 2019). V souvislosti s touto spoluprací se ukázalo, že klíčovou roli hraje také komunikace s pacientem a rodinou, která představuje zcela zásadní složku práce zdravotně-sociálních pracovníků. Respondenti zdůrazňovali potřebu zhodnotit stav pacienta, jeho schopnosti, přání a možnosti domácí péče a teprve na základě těchto informací plánovat další postup. Pokud již pacient vzhledem k rozvinuté demenci není schopen spolehlivě komunikovat, přechází těžiště komunikace na rodinu. Výsledky tak potvrzují, že komunikace musí být vždy přizpůsobena aktuálnímu stavu pacienta a probíhat citlivě a individuálně, což je v souladu s odbornou literaturou zdůrazňující nutnost respektujícího, empatického a trpělivého přístupu (Hauke a kol., 2017).

Zajišťování následné péče u pacientů s demencí se ukázalo jako činnost kladoucí vysoké nároky na zdravotně-sociální pracovníky. Respondenti zmiňovali především potřebu dobré orientace v systému služeb, schopnost koordinace, efektivní komunikace, organizační dovednosti, empatii a schopnost přizpůsobit se individuální situaci každého pacienta. Tyto výsledky odpovídají teoretickým poznatkům, podle nichž výkon profese zdravotně-sociálního pracovníka vyžaduje propojení odborných znalostí, praktických dovedností i osobnostních předpokladů (Kutnohorská, 2011). Jako zvláště významná se ukázala schopnost propojit zdravotní a sociální oblast a pružně reagovat na měnící se situaci pacienta. V případě pacientů s demencí je totiž často nutné velmi rychle zohlednit nejen zdravotní komplikace, ale také sociální zázemí, možnosti rodiny a dostupnost konkrétních služeb. Práce zdravotně-sociálního pracovníka se tak neomezuje pouze na administrativní činnost, ale zahrnuje i rozhodování, vyjednávání a hledání vhodných řešení v podmínkách, které jsou mnohdy omezené. Tento výsledek poukazuje na komplexnost práce zdravotně-sociálního pracovníka, která vyžaduje nejen odborné kompetence, ale také schopnost flexibilně reagovat na aktuální situaci pacienta, což odpovídá teoretickým poznatkům o propojení zdravotní a sociální péče (Kutnohorská, 2011).

V souvislosti s požadavky na výkon této profese respondenti zmiňovali také význam vzdělání a odborné přípravy. Z výsledků vyplynulo, že samotné kvalifikační vzdělání je sice důležitým základem, ale pro kvalitní výkon práce s pacienty s demencí není dostačující. Nezbytnou součástí je průběžné vzdělávání, například formou kurzů zaměřených na komunikaci, specifika demence nebo praktické zvládání náročných situací. Respondenti zároveň zdůrazňovali význam zkušeností a osobnostních vlastností, zejména empatie, trpělivosti a schopnosti nadhledu, což odpovídá odborné literatuře zdůrazňující význam celoživotního vzdělávání a sebereflexe (Mátel, 2019). Na tuto oblast navazuje také zjištění, že respondenti považují za přínosné zážitkové a prakticky orientované vzdělávání, které jim umožňuje lépe pochopit prožívání pacientů s demencí. Tento výsledek ukazuje, že v praxi není důležitá pouze teoretická znalost onemocnění, ale také schopnost porozumět specifickému chování a potřebám těchto pacientů. Lze se domnívat, že právě takové formy vzdělávání mohou přispět ke kvalitnější komunikaci s pacientem i rodinou a ke snížení nejistoty pracovníků při řešení náročných situací.

Velmi významným zjištěním výzkumu byly také možnosti a limity následné péče pro pacienty s demencí. Respondenti se shodovali, že dostupnost následné péče je výrazně ovlivněna kapacitami zařízení, zdravotním stavem pacienta, mírou jeho mobility, stupněm demence i finančními možnostmi rodiny. Jako zvláště problematická se ukázala situace mobilních pacientů

s demencí, pro které je dostupnost vhodných pobytových zařízení často velmi omezená. Toto zjištění odpovídá odborným poznatkům o nedostatečné kapacitě pobytových služeb a rostoucím tlaku na systém péče v souvislosti se stárnutím populace (Kalvach, 2025). Dále respondenti upozorňovali na dlouhé čekací doby a omezenou finanční dostupnost některých zařízení. Z toho je patrné, že problém následné péče nespočívá pouze v samotné existenci služeb, ale především v jejich reálné dostupnosti pro konkrétní pacienty a jejich rodiny. Tento výsledek ukazuje na rozpor mezi teoreticky existující sítí služeb a její praktickou využitelností, který musí zdravotně-sociální pracovník v praxi řešit a hledat varianty, které jsou pro pacienta a jeho rodinu alespoň částečně dosažitelné. V návaznosti na tyto limity se jako jedna z možných forem péče ukazuje domácí péče, která může být pro některé pacienty s demencí vhodným řešením, avšak pouze za předpokladu dostatečné podpory. Respondenti uváděli, že efektivní domácí péče vyžaduje kombinaci terénních sociálních a zdravotních služeb, technických pomůcek, podpory pečujících a aktivní spolupráce rodiny. Tento závěr je v souladu s odbornou literaturou, která domácí prostředí označuje za preferované a přirozené místo péče (Matoušek, 2022). Současně je zdůrazňováno, že zajištění domácí péče vyžaduje dostupnost terénních služeb a koordinaci podpory podle individuálních potřeb pacienta (Kuzníková, 2017). Zároveň se však ukázalo, že domácí péče má své limity, zejména tam, kde pacient zůstává sám, kde je demence pokročilá nebo kde rodina není schopna péči dlouhodobě zvládat. Respondenti poukazovali na význam odlehčovacích služeb, poraden, technických opatření a edukace pečujících, přičemž i přes tato opatření nelze riziko zcela odstranit. Tento výsledek ukazuje, že domácí péče o pacienta s demencí je vždy spojena s určitou mírou nejistoty a že zajištění bezpečí představuje jednu z největších výzev celého procesu.

V návaznosti na tyto skutečnosti respondenti označovali za nejnáročnější aspekty omezenou kapacitu pobytových zařízení, náročnou komunikaci s rodinou, tlak na rychlé řešení situace a nejistotu spojenou s bezpečností pacienta. Z výpovědí je patrné, že zdravotně-sociální pracovníci se v praxi často ocitají v situaci, kdy musí hledat kompromis mezi tím, co by bylo pro pacienta ideální, a tím, co je v danou chvíli reálně dostupné. Tento rozpor lze vnímat jako významnou zátěž při výkonu jejich práce, což odpovídá odborným zdrojům upozorňujícím na vysokou náročnost práce v pomáhajících profesích (Matoušek, 2013). Současně je v literatuře poukazováno na limity systému péče, které mohou ztěžovat zajištění adekvátní podpory klientům (Kalvach, 2019).

Na základě těchto zjištění respondenti uváděli také návrhy na zlepšení dostupnosti následné péče. Respondenti zdůrazňovali zejména potřebu navýšení kapacit pobytových a terénních služeb, lepší finanční podpory péče a větší informovanosti rodin i praktických lékařů. Tato doporučení ukazují, že problémy spojené s následnou péčí u pacientů s demencí nesouvisí pouze s individuální prací zdravotně-sociálního pracovníka, ale také s širším nastavením systému zdravotních a sociálních služeb. Podobně i odborná literatura upozorňuje na nutnost systémových změn v oblasti organizace a dostupnosti péče (Kalvach, 2019). Současně je zdůrazňován význam podpory pečujících rodin a rozvoje služeb, které umožní setrvání pacientů v přirozeném prostředí (Matoušek, 2022).

Za určitý limit této práce lze považovat skutečnost, že výzkum byl realizován na menším počtu respondentů a zachycuje jejich zkušenosti z konkrétního pracovního prostředí, proto nelze výsledky zobecnit na všechny zdravotně-sociální pracovníky nebo všechna zdravotnická zařízení. Stejně tak mohou být výsledky ovlivněny subjektivním vnímáním respondentů, jejich aktuální

pracovní zkušeností či ochotou otevřeně sdílet své názory. Určitou roli mohl hrát i způsob vedení rozhovorů a následná interpretace dat ze strany výzkumníka. Na druhou stranu výzkum přinesl cenný vhled do praktických zkušeností pracovníků, kteří se s problematikou pacientů s demencí setkávají v každodenní praxi. Přínosem práce je zejména poukázání na komplexnost role zdravotně-sociálního pracovníka a na význam koordinace, komunikace a dostupnosti služeb při zajišťování následné péče.

## Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a popsat požadavky, které na zdravotně-sociálního pracovníka klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence v procesu propuštění ze zdravotnického zařízení.

Na základě provedeného kvalitativního výzkumu lze konstatovat, že role zdravotně-sociálního pracovníka je v tomto procesu zásadní a velmi komplexní. Výsledky ukázaly, že pracovník vystupuje především jako koordinátor následné péče, který propojuje zdravotní a sociální oblast a zajišťuje návaznost jednotlivých služeb. Součástí jeho práce je zejména zhodnocení sociální situace pacienta, komunikace s rodinou a dalšími odborníky, poskytování informací o dostupných službách a zajištění administrativních úkonů spojených s přechodem do další formy péče.

Výzkum dále potvrdil, že proces zajišťování následné péče je vysoce individuální a závisí na zdravotním stavu pacienta, míře jeho soběstačnosti, stupni demence i rodinném zázemí. Významnou roli v tomto procesu hraje rodina pacienta, která se podílí na rozhodování o dalším postupu péče, avšak její možnosti mohou být v praxi omezené.

Z výsledků také vyplynulo, že zajišťování následné péče klade na zdravotně-sociální pracovníky vysoké nároky, a to zejména v oblasti komunikace, koordinace služeb, orientace v systému péče a schopnosti reagovat na individuální situaci pacienta. Významným zjištěním byly rovněž limity systému následné péče, především nedostatečná kapacita pobytových zařízení a dlouhé čekací doby, které komplikují zajištění vhodné péče pro pacienty s demencí.

Na základě těchto zjištění lze konstatovat, že stanovený cíl práce byl naplněn.

Přínosem práce je především poukázání na komplexnost role zdravotně-sociálního pracovníka při zajišťování následné péče u pacientů s demencí a na význam koordinace, komunikace a dostupnosti služeb v tomto procesu. Výsledky práce mohou být využity v praxi zdravotně-sociálních pracovníků, zejména při plánování následné péče a při spolupráci s rodinou pacienta.

Získané poznatky mohou zároveň sloužit jako podklad pro další výzkum zaměřený například na zlepšení dostupnosti služeb nebo na podporu zdravotně-sociálních pracovníků při zvládnutí náročných situací v praxi.

## Seznam použitých zdrojů

- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9308-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-pece-2-dil-2593/>.
- FERTALOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
- GLENNER, Joy A. *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.
- HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5924-1. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/dlouhodob-pece-2460/>.
- HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/socialni-pece-o-seniory-845/>.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KALVACH, Zdeněk, et al. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KALVACH, Zdeněk. *Zdraví a nemoc: nárys problematiky pro studenty nezdravotnických programů*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2019. ISBN 978-80-88084-21-1.
- KUTNOHORSKÁ, Jana; CICHÁ, Martina a GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. *Dlouhodobá zdravotně-sociální péče*. Ostravská univerzita, Fakulta sociálních studií, 2017. ISBN 978-80-7464-968-4.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1. Dostupné také z: [http://toc.nkp.cz/NKC/201109/contents/nkc20112202790\\_1.pdf](http://toc.nkp.cz/NKC/201109/contents/nkc20112202790_1.pdf).
- MACE, Nancy L. a RABINS, Peter V. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 9788075535832.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: 2., aktualizované a doplněné vydání*. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1638-6. Dostupné také

z: <https://www.bookport.cz/kniha/pece-o-seniory-v-pobytovych-zarizenich-socialnich-sluzeb-6820/>.

MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, [2019]. ISBN 978-80-271-2825-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013, 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní plán rozvoje geriatrické péče v České republice do roku 2035*. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2025, 5. 12. 2025. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/narodni-plan-rozvoje-geriatricke-pece-v-ceske-republice-do-roku-2035/?utm\\_source=chatgpt.com](https://mzd.gov.cz/narodni-plan-rozvoje-geriatricke-pece-v-ceske-republice-do-roku-2035/?utm_source=chatgpt.com). [cit. 2026-04-02].

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

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

ŠÁTEKOVÁ, Lenka. *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Grada, 2021. ISBN 978-80-271-4358-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/demence-10348/>.

ŠVARČÍČEK, Roman a ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. 10. revize, F00–F03*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00> (28. 11. 2024).

VERONIKA, Nová. *Aktivizace geriatrických pacientů: v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Grada Publishing a.s, 2024. ISBN 978-80-271-7631-1.

VÖRÖSOVÁ, Gabriela; SOLGAJOVÁ, Andrea a ARCHALOUSOVÁ, Alexandra. *Ošetřovatelská diagnostika v práci sestry*. Sestra. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5538-0.

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi* [online]. Aktuální znění k 1. 1. 2025 [cit. 14. 2. 2025]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55/zneni-20250101>

Wong, E. K. C., Hoang, P. M., Kouri, A., Gill, S., Huang, Y. Q., Lee, J. C., Weiss, S. M., Daniel, R., McGowan, J., Amog, K., Sale, J. E. M., Isaranuwatthai, W., Naimark, D. M. J., Tricco, A. C., & Straus, S. E. (2024). *Effectiveness of geriatric rehabilitation in inpatient and day hospital settings: A systematic review and meta-analysis*. *BMC Medicine*, 22(1), 551. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03764-7>

ZÁKONY PRO LIDI. *Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)*. Online. *Zákony pro lidi*. 2025, 1. 7. 2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. [cit. 2025-08-02].

ZDENĚK, Kalvach a KOLEKTIV, a. *Medicína dlouhodobé péče*. Grada Publishing a.s, 2025. ISBN 978-80-271-7591-8.

ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0561-8.

## Přílohy

Příloha A Informovaný souhlas

Příloha B Seznam otázek do rozhovoru

Příloha A Informovaný souhlas

## **Informovaný souhlas účastníka výzkumu**

### **Informace o výzkumu**

Jmenuji se Markéta Karásková a jsem studentkou bakalářského studia na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Tento výzkum je součástí mé bakalářské práce a jeho cílem je zjistit a popsat požadavky, které na zdravotně-sociální pracovníky klade zajišťování následné péče pro pacienty s onemocněním demence v procesu propuštění z LDN.

Sběr dat bude probíhat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který se uskuteční osobně nebo online podle Vašich možností. Rozhovor potrvá přibližně 30–60 minut.

### **Účast ve výzkumu**

Vaše účast je zcela dobrovolná. Můžete odmítnout odpovědět na jednotlivé otázky nebo účast kdykoli ukončit, a to bez jakýchkoliv následků. Z rozhovoru neplyne žádný finanční ani jiný nárok.

Veškeré informace, které poskytnete, budou využity pouze pro účely této bakalářské práce a budou zpracovány v anonymní podobě, takže nebude možné zjistit Vaši totožnost.

### **Ochrana osobních údajů**

Shromažďované osobní údaje budou použity výhradně pro účely výzkumu a zpracovány v souladu s platnou legislativou (GDPR a příslušné zákony ČR). Máte právo kdykoliv požádat o nahlédnutí do svých údajů, jejich opravu či vymazání.

### **Souhlas účastníka**

Svým podpisem stvrzuji, že:

- rozumím cíli a průběhu výzkumu,
- dobrovolně souhlasím se svou účastí,
- souhlasím se zpracováním a anonymním využitím poskytnutých dat.
- dávám souhlas k pořízení zvukového záznamu rozhovoru a jeho využití pro účely výzkumu (záznam nebude zpřístupněn třetím osobám a po přepisu bude vymazán),
- tento souhlas poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do jeho případného odvolání.

Datum:

Jméno a příjmení účastníka:

Organizace a pracovní pozice:

Podpis účastníka:

Podpis výzkumníka:

Příloha B Seznam otázek do rozhovoru  
Hlavní výzkumná otázka

**Jaké požadavky v procesu propuštění klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence na zdravotně-sociálního pracovníka?**

**DVO1: Jaká je role zdravotně-sociálního pracovníka v procesu propuštění pacientů s onemocněním demence do následné péče?**

otázky do rozhovoru:

- Popište mi prosím, jaké konkrétní činnosti vykonáváte při zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence?
- Můžete popsat, jak z vaší pozice probíhá spolupráce s ostatními zdravotnickými a sociálními pracovníky při propuštění pacienta s onemocněním demence?
- Můžete popsat, jak obvykle probíhá vaše komunikace s pacientem s demencí a jeho rodinou při přípravě na propuštění?

**DVO2: Jaké požadavky klade zajišťování následné péče u pacientů s demencí na zdravotně-sociálního pracovníka?**

otázky do rozhovoru:

- Jaké požadavky na Vás klade zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence?
- Popiště, prosím, jaké dovednosti uplatňujete v procesu zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence?
- Jaké vzdělání a odbornou přípravu považujete za potřebnou pro práci s pacienty s onemocněním demence?

**DVO3: Jaké jsou možnosti a limity zajišťování následné péče u pacientů s onemocněním demence z pohledu zdravotně-sociálního pracovníka?**

otázky do rozhovoru:

- Popište mi, prosím, jaké jsou na základě Vašich zkušeností možnosti následné péče pro pacienta s onemocněním demence?
- Jak z Vašeho pohledu hodnotíte dostupnost jednotlivých typů zařízení a služeb následné péče pro pacienty s demencí ve svém regionu?
- Jaké služby nebo formy podpory se podle Vašich zkušeností nejčastěji využívají při zajišťování domácí péče o pacienty s demencí?
- Co vše musí být v procesu následné péče zajištěno, aby mohl být pacient s onemocněním demence propuštěn do domácího prostředí?
- Co je pro Vás nejnáročnější v procesu zajišťování následné péče o pacienty s demencí?

- Co by podle Vašeho názoru mohlo přispět ke zlepšení dostupnosti následné péče o pacienty s onemocněním demence?