



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Rekondiční pobyty jako prostředek sociální rehabilitace

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Barbora Bellerová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Rekondiční pobyty jako prostředek sociální rehabilitace*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 13. srpna 2018

.....

Barbora Bellerová

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce PhDr. Lence Motlové za projevenou podporu, důvěru, cenné připomínky a odborné rady. Dále bych ráda poděkovala všem komunikačním partnerům a zúčastněným osobám za jejich vřelost při poskytování rozhovorů. V neposlední řadě děkuji i své rodině a přátelům za poskytnutý prostor a pochopení během zpracování práce.

Rekondiční pobyty jako prostředek sociální rehabilitace

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat možnosti a limity rekondičních pobytů pro osoby s Parkinsonovou nemocí v kontextu sociální rehabilitace a dílčím cílem bylo zjistit přínos rekondičního pobytu z pohledu osob s Parkinsonovou chorobou. Bakalářská práce je rozvržena na dvě části, tj. část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou definovány základní pojmy, kterých se tato práce týká. Tedy co přesněji znamenají a jak jsou v dostupné literatuře vykreslovány rekondiční pobyty a sociální rehabilitace. Dále jsem se zaměřila na osoby s Parkinsonovou chorobou, kterých se tato práce nejvíce dotýká. Jsou definována základní specifika tohoto onemocnění, příznaky a projevy nemoci, její diagnostiku a možnosti léčby. Součástí této práce je také pohled na sociálního pracovníka, který je nedílným prvkem pro organizaci a pořádání rekondičních pobytů. V praktické části jsou zodpovězeny výzkumné otázky HVO1: Jak probíhají rekondiční pobyty pro lidi s Parkinsonovou chorobou? a HVO2: Jaký je přínos rekondičních pobytů pro lidi s Parkinsonovou chorobou?

Výzkum byl proveden kvalitativní výzkumnou strategií a metodou dotazování s využití techniky polostrukturovaného rozhovoru. Pro analýzu dat jsem použila metodu vytváření trsů. Výzkumné soubory byly vybrány pomocí záměrného výběru, který sestával z 7 osob s Parkinsonovou chorobou a z tohoto počtu osob mnou požadovaná kritéria výběru splňovali 4 muži a 3 ženy.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že pro osoby s Parkinsonovou chorobou jsou rekondiční pobyty přínosné v mnoha faktorech. Podle průzkumu mezi účastníky rekondičního pobytu je zřejmé, že největším přínosem účasti na rekondičním pobytu je zlepšení fyzické i psychické pohody, kdy si jednotliví účastníci odpočinou od běžně zažité každodenní rutiny a zároveň poznají nové lidi se stejným onemocněním a mohou prohloubit vztahy s těmi, které již znají, vyzkouší si další možnosti cvičení a zaplní svůj volný čas. Dále průzkum ukazuje, že třem ze sedmi zúčastněných průběh rekondičního pobytu vyhovuje, popřípadě by uvítali podle subjektivních preferencí obměnu plánovaných cvičení. To ale záleží především na místě a období konání rekondičního pobytu a nelze vždy vyhovět každému přání jednotlivce.

Výsledky výzkumu bude možné využít pro budoucí realizace rekondičních pobytů ať v rámci Klubu Parkinson České Budějovice či jiných organizátorů. Dále bude výzkum sloužit jako prostředek zpětné vazby pro tyto organizátory rekondičního pobytu.

Klíčová slova

Parkinsonova choroba; Rekondiční pobyty; Sociální rehabilitace; Sociální pracovník

Recondition stays as the means of social rehabilitation

Abstract

The main aim of this bachelor thesis was to map the possibilities and limits of reconditioning stays for people with Parkinson's disease in the context of social rehabilitation. The partial aim of this study was to reveal the benefits of the reconditioning stay from the point of the view of people with Parkinson's disease. The bachelor thesis is divided into two parts, ie the theoretical part and the practical part. In the theoretical part, there are defined the basic concepts of this work. So what exactly the recondition stays and social rehabilitation mean and how they are described in the available literature. Further, I focused on people with Parkinson's disease, who are the main concern of this work. There are explained the basic specifics of this disease, the symptoms of the disease, its diagnosis and the possibilities of the treatment. Another part of this work is the role of social worker, who is important for the organization of recondition stays. In the practical part, the questionnaire are answered, HVO1: How are the reconditioning stays for the people with Parkinson's disease? HVO2: What are the benefits of reconditioning stays for people with Parkinson's?

The research was done by qualitative research strategy and method of asking using the technique of semi-structured interview. For data analysis, I used the method of creating the clusters. The research sets were vhosden with the help of a purposed choice, which contains by 7 people with Parkinson's disease were picked, specifically 4 men and 3 women met the required selection criteria.

The results revealed that for the people with Parkinson's disease the recondition stays are beneficial in many factors. According to the survey among participants of the recondition stay, it is obvious that the greatest benefit is the improvement of physical and mental well-being, mainly due to the relax from daily routines. Other advantages of the recondition stays are recognizing new people with the same handicap can deepen relationships with those who they have already known, trying of other exercises. Furthermore, the survey revealed that three from seven of the patients are satisfied with recondition stays, or they would welcome changing of the planned exercises. However, this depends primarily on the place and period of the recondition stays and it is not always possible to meet every wish of the individual.

The results of the research will be used for the future realization of recondition stays of the Parkinson Club České Budějovice or other organizers. In addition, the research will serve as a feedback for the organizers of these recondition stays.

Key words

Parkinson's disease; Recondicion stays; Social rehabilitation; Social worker

Obsah

Úvod	10
1. Teoretická část	12
1.1 Rekondiční pobyty	12
1.2 Sociální rehabilitace	13
<i>1.2.1 Metody sociální rehabilitace</i>	15
<i>1.2.2 Techniky sociální rehabilitace</i>	17
1.3 Parkinsonova choroba	19
<i>1.3.1 Projevy a příznaky</i>	22
<i>1.3.2 Diagnostika a způsoby léčby</i>	24
1.4 Sociální pracovník	26
1.5 Společnost Parkinson, z. s.	27
<i>1.5.1 Klub Parkinson</i>	28
2. Praktická část	30
2.1 Cíl práce	30
2.2 Výzkumné otázky	30
<i>2.2.1 Operacionalizace pojmů</i>	30
3. Metodika	31
3.1 Metody a techniky sběru dat	31
<i>3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru</i>	32
<i>3.2.2 Realizace výzkumu</i>	33
4. Výsledky výzkumu	34
4.1 Sociodemografické údaje	34
4.2 Motivace a očekávání od rekondičním pobytu	35
4.3 Zhodnocení účasti na rekondičním pobytu	37
4.4 Průběh rekondičního pobytu	42
<i>4.4.1 SWOT analýza rekondičního pobytu</i>	44
4.5 Shrnutí výsledků	44
5. Diskuze	46
6. Závěr	49
Seznam použité literatury	51
Přílohy	57

Seznam použitých zkratek.....	61
--------------------------------------	-----------

Úvod

Pro vypracování své bakalářské práce jsem si vybrala téma Rekondiční pobyty jako prostředek sociální rehabilitace. Z témat poskytnutých k výběru mi přišlo nejbližší, ačkoliv jsem si pod tímto názvem zpočátku nedovedla příliš konkrétní podobu práce představit. S pojmy rekondiční pobyt i sociální rehabilitace jsem se poprvé setkala v rámci studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Pro specifikaci tématu jsem si vybrala osoby s Parkinsonovou chorobou, zejména proto, že je to specifické onemocnění a jeho základní znalost mi přijde důležitá. V listopadu roku 2017 jsem se tedy zúčastnila první schůzky Klubu Parkinson České Budějovice. Tyto schůzky se několik let konaly ve spolupráci s Institutem zdravotně sociálních aplikovaných věd ZSF JČU a posléze se od ledna 2018 přesunuly do Centra pro seniory v Komunitním centru Máj v Českých Budějovicích. Díky těmto setkáváním jsem se postupně seznámila se základními informacemi o Parkinsonově chorobě, o jejích projevech, příznacích, medikaci a možné rehabilitaci prostřednictvím pořádání skupinového cvičení a rekondičních pobytů. V neposlední řadě jsem se seznámila s mnoha milými a příjemnými lidmi, kteří mi pomohli k vypracování této bakalářské práce.

Parkinsonova choroba je nevléčitelné neurodegenerativní onemocnění, které v nejvyšší míře postihuje osoby ve věku mezi 55 a 65 lety (Bonnet a Hergueta, 2012), což ale nevyklučuje její prvotní projev v nižším či vyšším věku. Její průběh je chronický a postupem času dochází ke zhoršení zdravotního stavu, kdy se zvyšujícím se věkem riziko rozvoje nemoci roste. Pro toto onemocnění není typická žádná z kultur ani etnik, spíše se ukazuje, že více nemocných se vyskytuje v mužské populaci, což se zdůvodňuje vyšší možnou mírou působení toxických vlivů během života. V Evropské populaci tímto onemocněním trpí přibližně každý tisící člověk (Rektor, 2009). Rozpoznat a správně diagnostikovat toto onemocnění je velmi obtížné, jelikož zpočátku se příznaky snadno zamění s příznaky jiných nemocí, jako například s příznaky roztroušené sklerózy, a proto v raných stádiích nemoci dochází k občasným chybám v diagnostice. Je tedy nutné průběh nemoci monitorovat, aby byla diagnóza přesná. Přestože se jedná o nevléčitelné onemocnění, existuje několik možností, jak projevy a průběh nemoci co nejvíce zmírnit. Jako ideální řešení se zatím jeví kombinace medikace a rehabilitace. Právě v rámci

rehabilitace se pořádají rekondiční pobyty, kde se nemocní setkávají s ostatními lidmi s podobnou diagnózou a nacházejí tak nejen podporu a pochopení, ale vznikají i nová přátelství, ve kterém vidím také důležitou součást rehabilitace nejen během rekondičních pobytů. V průběhu rekondičního pobytu účastníci poznají nové a procvičí známé možnosti rehabilitace, navzájem se podpoří, poznají nová místa a odpočinou si od běžné každodenní rutiny.

Tato práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části jsou vymezeny pojmy, které souvisí s problematikou rekondičních pobytů, sociální rehabilitace, Parkinsonovy choroby a sociálního pracovníka. U každého pojmu se budu snažit dostatečně popsat základní a důležitá fakta. V praktické části jsou uvedeny cíle, výzkumné otázky, metodologie výzkumu, charakteristika výzkumného souboru a také popsána realizace výzkumu. Mimoto jsou zde přehledně zobrazeny dosažené výsledky výzkumu, jejich shrnutí, diskuze s dostupnou literaturou a prezentace mých názorů na danou problematiku. Práce je ukončena závěrem se shrnutím celé práce.

1 Teoretická část

1.1 Rekondiční pobyty

Podle Jesenského (1995, s. 75) rekondiční pobyty představují *soubory forem zaměřených na udržování a rozvíjení dovedností a návyků tělesné i psychické kondice*. Prostřednictvím těchto pobytů dochází k plnění klíčových, přesto nezanedbatelných úkolů pro rozvoj osobnosti, socializaci a integraci klientů pro jejich spokojený život (Jesenský, 1995). Společnost Parkinson (© 2018) na svých stránkách uvádí, že plánování a realizace rekondičních pobytů zajišťuje možnost využití intenzivní aktivity pro nemocné osoby, které probíhají mimo jejich domov, přičemž tyto pobyty napomáhají ke zvýšení účasti na zlepšování a udržování vlastního zdravotního stavu a soběstačnosti. Jesenský (1995) ve své publikaci rozdělil formy poskytování rehabilitačních služeb, mezi které rekondiční pobyty patří, na pasivní formy, ve kterých není předpokládána aktivita postižené osoby v rámci realizace služeb, nebo aktivní formy, které aktivitu postižené osoby předpokládají. Mezi tyto formy tedy můžeme zařadit rekondiční pobyty, protože v jejich rámci je vyvíjeno cílevědomé úsilí osob s postižením o změnu svého nepříznivého stavu pod odborným vedením (Jesenský, 1995).

Kramerová (2008) uvádí, že organizace a realizace rekondičních pobytů většinou probíhá pod záštitou občanských sdružení, která tento typ rehabilitace využívají pro své členy či klienty. Rehabilitační plán je podle Koláře (2011) jednotlivým pacientům sestavován individuálně, například v závislosti na jeho věku, progresi onemocnění, přidružených chorobách, nicméně pacientova aktivní spolupráce je nezbytnou podmínkou pro úspěšnou rehabilitaci. Kramerová (2008) dále uvádí, že rekondiční či rehabilitační pobyty žádný právní předpis, zákonem ustanovující pokyn či směrnice, nepředepisuje přesnou metodiku a standardy pro organizaci pobytů, přesto však lze říci, že jednotlivá sdružení pořádají tyto pobyty za velmi podobných podmínek a stanovisek. Společnost CMP (© 2018) uvádí, že každého účastníka rekondičního pobytu je třeba naučit, jak na sobě cílevědomě pracovat a dosáhnout prohloubení fyzické a psychické kondice, změnit nebo zcela eliminovat nepříznivý vliv onemocnění. Pacient má možnost setkání s jinými, stejně limitovanými pacienty. Výměna informací, zkušeností, terapie a cvičení jsou nesmírně přínosné pro vyrovnání se s průběhem onemocnění.

1. 2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je prvkem koordinované rehabilitace a je spjata s dalšími složkami koordinované rehabilitace (Jankovský, 2006). Historie sociální rehabilitace je úzce spojena s historií sociálních služeb jako celku již od starověku, přes středověk až do novodobých dějin a aktuálního konceptu sociálních služeb v českém státě (Matoušek, 2007). V našem státě je sociální rehabilitace vymezena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a je třeba se blíže zabývat její konkrétní specifikací, která vyplývá z řízení Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Tyto služby jsou podle Votavy (2005) sestavovány především pro tzv. zranitelné skupiny obyvatelstva, přičemž do těchto skupin řadíme jak osoby se zdravotním postižením, staré lidi, drogově závislé, zároveň tak i etnické minority. Podle Koláře et al. (2011) je sociální rehabilitace proces, ve kterém jednotlivci získávají nácvik všemožných potřebných dovedností pro to, aby byli co nejvíce samostatní a soběstační. Tento proces provází integraci jedince s postižením do společnosti, a to v co nejvyšší míře. Batchos et al. (2018) uvádí, že rehabilitace jako taková by měla optimálně vyvážit schopnosti jednotlivce v oblasti, která u něho vyžaduje kompenzaci, a tudíž je potřeba se spíše zaměřit na to, jak člověku nejlépe jeho problém přiblížit spíše než se mu vyhnout. Francová (2014) i Jankovský (2006) se shodují tvrzení, sociální rehabilitace je významnou součástí života člověka s postižením, díky které se učí fungovat v běžných životních situacích.

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 550/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách se sociální rehabilitace řadí do služeb sociální prevence. Jakožto pojem se vysvětluje jako soubor více specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných, činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Dále tento zákon uvádí, že sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních či ambulantních služeb nebo formou pobytových služeb, poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Podle uváděného zákona č. 108/2006 Sb. jsou při poskytování služeb sociální rehabilitace vždy vykonávány následující činnosti:

- a) nácvik zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších aktivit potřebných pro sociální začlenění
- b) zprostředkování společenského kontaktu s okolím
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- d) pomoc v případě potřeby uplatňování práv, oprávněných zájmů a při zařizování osobních záležitostí

Při poskytování sociální rehabilitace v pobytové formě zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí jako další nezbytné součásti také činnosti jako poskytnutí ubytování, stravy a poskytnutí vhodných podmínek pro osobní hygienu, kdy ubytování a strava jsou poskytovány za maximální možnou výši úhrady stanovenou vyhláškou k zákonu.

Hejzlar (2010) definuje sociální rehabilitaci přímějí a přibližuje ji pro konkrétní cílovou skupinu osob, a to lidí s duševním onemocněním. Matoušek (2007) považuje za nejdůležitější pojmy v rámci sociální rehabilitace pomoc a podporu. Míra a rozsah poskytované pomoci a podpory musí nutně respektovat a zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc podle Matouška (2007) musí korespondovat s individuálními potřebami každého jednotlivce a má za úkol podporovat rozvoj osob samotných a jejich samostatnosti, působit na ně aktivně, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání či prohlubování nepříznivé sociální situace, a také posilovat a prohlubovat jejich sociální začleňování. Hejzlar (2010) se v tomto ohledu shoduje s Matouškem (2007) a ve své publikaci také uvádí, že sociální rehabilitace je souvislá činnost, kterou cílevědomě provádíme a jejíž prostřednictvím a konkrétními kroky zlepšujeme sociální dovednosti a postavení osob s duševním onemocněním. Za cíl tohoto procesu je podle obou autorů určeno, aby nemocní dovedli stále fungovat v běžných životních podmínkách, mohli provádět navyklé a přirozené sociální role a byli ve svém životě co nejvíce samostatní. Matoušek (2007) ovšem zmiňuje i prokazatelnost faktu, že komplexní péče je pro vážně duševně nemocné z dlouhodobého hlediska nejvíce přínosná a zároveň je efektivní a praktické, když se hlavní pilíř péče daří provádět v přirozeném prostředí nemocného. Hejzlar (2010) také ještě uvádí poznatek, který v zásadě ukazuje na nutnou provázanost péče o osoby s duševním onemocněním. Uvádí, že sociální rehabilitaci je potřebné začít využívat co možná nejdříve a cílem by měla být adaptace člověka na známé i neznámé sociálního prostředí. Jako konkrétní formy této adaptace Hejzlar (2010) mohou

být různé pracovní aktivity, řemesla, která pacienti vykonávají v lůžkovém zařízení, či podílení se na chodu zařízení, dále různé druhy tvůrčích terapií apod. Nejdůležitější náplní by přesto měl být konkrétní nácvik sociálních dovedností, které přímo připravují osobnost člověka, který pomoc potřebuje, na jeho přirozené prostředí. Matoušek (2007) připomíná, že sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v dostatečné kvalitě. Způsoby poskytování je třeba připravit takové, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod dotčených osob. Přesto se dle Hejzlara (2010) v ČR stále udržuje názor, že rehabilitace je pouhým následným doplňkem léčby. Možná právě tento názor může být příčinou toho, že rehabilitační zařízení a služby nejsou aktuálně v našich podmínkách tolik rozšířené.

Za velmi důležité je podle Jankovského et al. (2005) třeba brát, jak okolí a celkově společnost, na daného jedince nahlíží a jak ho přijímá, jaké je jeho postavení a jakou hraje sociální roli. Prostřednictvím sociální rehabilitace by se osoba s postižením, nemocí či onemocněním měla naučit přijímat a respektovat své omezení, a i přesto se pokusit integrovat do společnosti co nejvíce to půjde (Jankovský et al., 2005). Jesenský (1995) uvádí, že sociální rehabilitace prohlubuje schopnosti jedince, aby byly uspokojeny všechny jeho potřeby a práva, proto uvádí a podrobněji popisuje i následující tři významy, a to ekonomický, společenský a humanitární. Humanitární význam je důležitý pro růst sebevědomí daného jedince, pro jeho seberealizaci, udržení životní pohody, socializaci, akulturaci, společenskou angažovanost a doplňuje předpoklad pro rozvíjení jeho osobnosti celkově. Do ekonomického významu se řadí snižování nároků na služby, uvolňování pečovatelské kapacity, zlehčování pracovního uplatnění a začlenění, zkracování doby pracovní neschopnosti, snižování počtu neaktivních zdravotně znevýhodněných osob. Společenský význam přispívá k sociálním jistotám, smíření obyvatel a obohacení majoritní kultury o hodnoty minoritní kultury.

1.2.1 Metody sociální rehabilitace

Jesenský (1995) uvádí, že mezi metody sociální rehabilitace řadíme reedukaci, kompenzaci a vyrovnávání se s vadou. Tyto metody Jesenský (1995) označuje jako způsoby, podle kterých se snažíme postupovat a usilovat o dosažení těch cílů a úkolů, které jsou žádány. S každou jednotlivou metodou jsou spojeny rozmanité prostředky a techniky, jejich prostřednictvím jsme schopni usnadnit dosažení žádaného cíle. Mimoto

Jesenský (1995) zmiňuje, že metody mají za úkol udržet co nejdélejší možnou dobu účinnosti dosaženého výsledku, což ukazuje, že mají i určitý způsob provádění a strategii.

a) Metoda reedukace

Metodou reedukace Jesenský (1995) ukazuje na jistý přesný soubor postupů, jichž je třeba využít při rozvíjení a prohlubování poškozených funkcí. K reedukaci se tedy podle něj využívají hlavně různé reedukační pomůcky, například naslouchátka, pomůcky pro zvětšení písma, invalidní vozíky, inzulínové pumpy či čističky vzduchu, díky kterým se klient v rámci svých schopností a možností snaží prohloubit zlepšení výkonu u postižené funkce a pomocí zlepšování výkonu dochází k pozitivnímu vlivu nejen na psychiku. Podle Smolka (2006) tato metoda pomáhá vytvářet vřelé vztahy s okolím a pomáhá posilovat důvěru klienta ve vlastní schopnosti.

b) Metoda akceptace

Metoda akceptace by se dala podle Jesenského (1995) označit jako tzv. vyrovnávání se s vadou, kdy se tato metoda snaží pomocí souboru postupů zprostředkovat přehodnocení určité hodnoty ve struktuře osobnosti. Snaží se restartovat funkce, které jsou porušeny tak, aby klient přijal svou vadu a naučil se s ní žít. Jesenský (1995) současně s touto metodou se využívá i prostředků léčebných, speciálně pedagogických, částečně i technických a psychologických.

c) Metoda kompenzace

Metoda kompenzace je podle Jesenského (1995) využívána jako podpora při zajištění rozvoje funkcí a schopností, které nejsou postiženy. Ke kompenzaci autor řadí nácvik, kdy se díky technikám a speciálním pomůckám klienti dále rozvíjejí. Při nácviku se k využití nabízejí prostředky jako například znaková řeč, počítačová a zvuková technika, protetické a kompenzační pomůcky jako jsou protézy, hole či čtecí zařízení. Dále podle Smolka (2006) tato metoda zajišťuje kompenzaci porušené, nevyvinuté nebo zaniklé funkce jinou funkcí. Nahrazování jinou funkcí přispívá ke kladnému vlivu na klienta a jeho život, což pomáhá v rozvoji samostatnosti a zlepšení výkonu. Mimoto Smolek (2006) dodává, že tato metoda ještě pomáhá překonávat následky těžkých postižení, do kterých patří například hluchota, slepota nebo amputace.

1.2.2 Techniky sociální rehabilitace

Jesenský (1995) ve své publikaci pojmenoval a přiblížil těchto následujících jedenáct technik:

a) Technika mluveného slova

Tato technika je často využívána, a to převážně při osobní komunikaci mezi lidmi. Pomocí mluveného slova je vhodné vysvětlovat anebo i přesvědčovat. Tuto techniku lze doplnit o určité prostředky, kterými jsou například praktické předvádění a cvičení, ukázky či demonstrace.

b) Techniky pohybového rozvoje a orientace

Techniky pohybového rozvoje a orientace jsou součástí více druhů technik a většiny rehabilitačních metod. Tato technika prohlubuje určité druhy pohybů, které jsou charakteristické pro danou životní situaci.

c) Techniky meditace

Technika meditace lze označit jako technika tzv. rozjímání a je nápomocná při představě nějakého smyslu aktivity či života klientů. Takové rozjímání usnadňuje nalézání nových hodnot, životního postoje či učení se, jak žít s vadou. Rehabilitační pracovník je schopen klientovi techniku realizovat a navodit, popřípadě je i klient sám schopen provést realizaci a navození meditace. Při pozorování krajiny, poslechu hudby či četba zajímavé knihy stimuluje podněty nimž je snazší meditaci navodit.

d) Techniky rehabilitačního působení pracovními činnostmi

Techniky rehabilitačního působení pracovními činnostmi působíme na rozvoj poškozených a nepoškozených funkcí. Jsou nedílnou a důležitou částí rehabilitace. Tyto techniky jsou rozsáhlé a můžeme do nich zařadit například domácí práce, sebeobsahu, koníčky, kutilství, ale i příprava na pracovní začlenění. Klientům uvolňují napětí, podporují je v růstu sebevědomí a určité prestiže.

e) Techniky rehabilitačního působení umění

Techniky rehabilitačního působení umění jsou svou kreativitou schopny v klientech uvolnit napětí, zprostředkovat počátek růstu jejich sebevědomí a aktivního projevu.

Nabízejí příjemné zážitky a ty negativní vytěsňují. Techniky se rozdělují na dvě části, a to na receptivní a kreativní, které jsou nadále rozděleny podle druhů umění.

f) Technika povzbuzování

Technika povzbuzování je podle Jesenského (1995) vhodná pro pomoc při překonávání řady negativních reakcí na stresové situace, například překonání pocitů méněcennosti. Tato technika je založena na zaznamenání osobních úspěchů či uznání a potřebě se vyrovnat s potížemi. Mezi způsoby, kterými můžeme tuto techniku provádět, patří slovní pochvaly, diplomy, veřejná uznání, ceny nebo povzbudivé gesto.

g) Techniky relaxace

Techniky relaxace se zabývají nejrozmanitějšími aktivitami a cvičením, kterými pomáhají převážně v oblasti pohybu, dýchání a dalších funkcí organismu. Působí pozitivně jak na fyzický, tak i psychický stav. Při střídání uvolňování a napětí se regulují negativní stavy jak v organismu, tak i v psychice. Pomocí psychorehabilitace a pohybových technik dochází k vyvolání uspokojivého stavu.

h) Techniky rekreace a rekondice

Techniky rekreace a rekondice nabízejí nepřeborné množství aktivit, kterými se regenerují fyzické síly, funkční schopnost a psychické uvolnění. Formy technik jsou jak dlouhodobé, tak i krátkodobé. Převládají však aktivity, které se týkají pohybu, jedná se například o sportovní činnosti, hraní her či turistiku.

ch) Techniky situační hry a aplikace humoru

Techniky situační hry a aplikace humoru, které Jesenský (1995) popisuje, jsou založeny na předpokladu, že veškeré řešení existujících situací může být pro klienta situací, ve které se může dostat k nějakému konfliktu. Řešení situace pomocí hry v klientovi nevzbuzuje až takový konflikt a dovede danou situaci dobře zvládnout, protože si ji předem může vyzkoušet. Do reálné situace si můžeme přenášet řešení situací z her, tyto hry někdy bývají spojovány s humorem. Při řešení tíživých situací se snižuje napětí u klienta i u jeho zdravých partnerů. Celá situace je pak laděna v optimistické atmosféře.

i) Techniky represe

Techniky represe jsou nevíce využívány v souvislosti s prací s dětmi. Jedná se o potlačování nežádoucích projevů zesměšňováním nebo i určitým trestáním, které neohrožuje zdraví klienta.

j) Techniky soutěživosti

Techniky soutěživosti mají jako hlavní cíl zapůsobit jako motivace. Člověk touží být oceněn, vyniknout a prosadit se mezi ostatními. Když se tyto techniky nevyužívají správně či jsou využity nevhodně, může to ale směřovat k opačnému efektu a následek techniky může působit negativně.

1. 3 Parkinsonova choroba

Parkinsonovu chorobu jako takovou poprvé popsal londýnský lékař James Parkinson v roce 1817 ve svém díle Esej o třaslavé obrně (Štochl, 2008). Podle Gálvez-Jiméneze et al. (2016) popsal James Parkinson šest osob s kombinací příznaků, která mu dosud nebyla známa a zanedlouho po zveřejnění tohoto popisu potvrdilo více lékařů výskyt takového onemocnění a následovalo pojmenování nemoci po svém objeviteli. Podle Benetina a Valkoviče (2009) již v době renesance vylíčil Leonardo da Vinci některé příznaky podobající se Parkinsonově nemoci ve svých popisech.

V průběhu prvních padesáti let od popisu onemocnění J. Parkinsonem neexistovala žádná efektivní terapie, ale neurologové podněcovali k využívání různých činidel, včetně kovů (Fahn, 2014). Podle Bonneta a Herguety (2012) dokázal a jako první i popsal existenci formy choroby bez třesu a zpomalení spontánních pohybů (akineze) francouzský internista Armand Trousseau. Fahn (2014) dále uvádí, že přibližně v roce 1867 našel francouzský lékař Jean-Martin Charcot vhodné alkaloidy, které mohly patřičným způsobem být při léčbě nemoci nápomocné, taktéž rozpletl fenomén svalové ztuhlosti (rigidity) a jím objevený způsob terapie byl přijat a stal se oblíbeným v průběhu dalších 75 let. Podle Goetze (2011) měl tento francouzský lékař velkou zásluhu i na rozšíření povědomí o Parkinsonově chorobě po celém světě a povedlo se mu odlišit Parkinsonovu chorobu od roztroušené sklerózy i další řady onemocnění, které provází charakteristický třes. Goetz (2011) také uvádí, že brzká léčba sestávala převážně na empirickém pozorování a již od 19. století byly používány léky, které působí proti acetylcholinu. Dále

podle Goetze (2011) později prováděné anatomické, fyziologické a biochemické studie určily nové farmakologické a neurochirurgické cíle pro léčbu Parkinsonovy choroby a díky tomu moderní lékaři dostali možnost nabídnout další možné druhy terapií zaměřené na prohloubení funkce organismu při této nemoci.

Podle Rotha et al. (2005) nastal průlom v poznání a v léčbě Parkinsonovy nemoci v roce 1958, kdy známý biochemik Arvid Carlsson přišel na nový poznatek a to ten, že v oblasti mozku zvaném bazální ganglia se vyskytuje látka dopamin. Roth et al. (2005) dále tvrdí, že se Carlssonovi podařilo se prokázat, že za rozvojem zkoumané nemoci stojí nedostatečná tvorba dopaminu v určité části mozku, kterou je tzv. černé jádro (substantia nigra). V souvislosti s tímto objevem dále autoři uvádějí, že vědci Birkmayer a Barbeau s úspěchem uvedli do praxe roku 1961 léčebné použití levodopy, což je látka, ze které si mozek umí sám vyrobit nedostatečné a potřebné množství dopaminu. Dále Roth et al. (2005) uvádí, že přes prvotní úspěch se postupem času projevovaly nežádoucí vedlejší účinky tohoto způsobu medikace. V souvislosti s dalším průběhem výzkumu byl v roce 1983 zveřejněn výzkum o látce zvané Methylfenyltetrahydropyridin (MPTP). Roth et al. (2005) zmiňuje, že po jejím požití se u daných osob rychle rozvinuly příznaky klinicky neodlišitelné od Parkinsonovy nemoci. Objev MPTP autoři ukazují jako důležitým mezník v historii Parkinsonovy choroby. Zjistila se jedna z možných příčin vzniku tohoto onemocnění a bylo umožněno získat věrohodný experimentální model, díky němuž lze ověřovat mechanismy vývoje a vzniku nemoci i způsoby léčby (Roth et al., 2005).

Parkinsonova choroba se podle Rotha (2009) v populaci v Evropě vyskytuje v rozmezí 84 až 187 postižených na 100 000 obyvatel, což znamená, že přibližně každý tisící obyvatel trpí touto chorobou. Dále se Roth zmiňuje, že v populaci, a hlavně u osob starších 60 let, postihuje více než 1 % seniorů a Lee s Gilbertem (2017) vidí věk jako nejvýznamnější neovlivnitelný faktor. Čísla jsou ale podle Rotha (2009) pouze přibližná, jelikož dochází k občasným chybám v diagnostice pacientů, kdy v časných stádiích onemocnění k takovéto diagnostické chybě může docházet až ve 20 % případů. Roth (2009) také uvádí, že choroba se mezi ženami a muži vyskytuje vcelku vyrovnaně, lehce přesto převládá toto postižení u mužů, kdy Bonnet a Hergueta (2012) uvádí jako důvod to, že jsou muži více vystavováni toxickým vlivům. Průměrný věk pro projevení tohoto onemocnění je zhruba v rozmezí 50 až 60 let, přesto výjimkou nejsou ani případy výskytu u starších věkových kategorií a stejně tak diagnostika tohoto onemocnění před 40. rokem

života není nijak vzácná (cca 10 % všech případů) (Roth, 2009). Projevy Parkinsonovy nemoci přicházejí nejčastěji ve středním věku, Bonnet a Hergueta (2012) stanovují průměrný věk pro začátek této nemoci ve věku kolem 55. až 65. roku a stejně jako Roth (2009) poukazují na možné časnější výskyty nemoci kolem 40. roku a pozdější projevy po 75. roce života člověka. Podle Rotha a Růžičky (2014) je třeba upozornit na to, že v posledních přibližně 50 letech se počet pacientů s tímto onemocněním zvyšuje, zároveň také ale dle Srivanitchapooma et al. (2018) vzrostl počet nemocí zahrnutých do spektra parkinsonických příznaků od doby jejího objevení. Zvyšování počtu pacientů podle Rotha a Růžičky (2014) má své možné důvody ve zlepšení diagnostiky onemocnění, nárůstu průměrného věku života jedince a taktéž v lépe dostupné a kvalitnější lékařské péči. Přesto dle autorů existuje tvrzení, které upozorňuje na to, že až 40 % pacientů s tímto onemocněním stále nevyhledalo či ještě nevyužilo lékařskou pomoc, a to hlavně z přesvědčení, že projevené příznaky jsou pouze součástí procesu stárnutí. Bonnet a Hergueta (2012) uvádí, že ročně přibude přibližně 10 až 15 osob jakožto nových případů tohoto onemocnění na 100 000 obyvatel.

Podle Anderse et al. (2005) je hlavním patofyziologickým podkladem počátku a projevení Parkinsonovy nemoci odumírání buněk v pars compacta substantiae nigrae (černé jádro), jehož výskyt je určen v mozgovém kmeni středního mozku. S tímto tvrzením souhlasí i Bonnet a Hergueta (2012) a dále tvrdí, že odumírání těchto buněk začíná v dospělém věku a jeho prohlubování je pomalé. Anders et al. (2005) pak uvádí, že v černém jádru se formuje aktivita jader v bazálních gangliích a přímé i nepřímé dráhy zprostředkováním dopaminu. Působení dopaminu popisuje Heinz et al. (2012) jako neurotransmitter v centrální nervové soustavě a Anders et al. (2005) uvádí, že nedostatečné množství dopaminu způsobí poruchu řízení v oblasti šedé hmoty uvnitř hemisfér koncového mozku (nejvýznamnější část bazálních ganglií). Klinické projevy se podle Seidla (2008) objeví v případě, že potřebné množství dopaminu klesne pod 20–30 % původní úrovně. Dopamin se ale dle tvrzení Anderse et al. (2005) nevyskytuje výlučně v bazálních gangliích. Vyskytuje se také v oblasti hypothalamo-hypofyzární, v sítnici oka a v mezolimbické dopaminové dráze, která vede ze středního mozku až do čelní kůry. Podle Rotha (2005) nastává proces snižování dopaminu hlavně na základě nadměrného odumírání buněk černého jádra, bohužel doosud však podle není známo, z jakého důvodu k této situaci dochází. Nemoc vypukne, dojde-li k degeneraci 50 a více procent substantia nigra a dopamin ve striatu musí být snížený až pod hranici 20 %.

1. 3. 1 Projevy a příznaky

Parkinsonova choroba je chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění středního mozku, které má velmi pomalý rozvoj (Roth et al., 2009). Dále Roth et al. (2009) uvádí, že toto onemocnění, kterým v průměru trpí každý tisící člověk v Evropské populaci, je prozatím nevléčitelné, nicméně podle Rotha a Růžičky (2014) se v dnešní moderní době nabízí množství léčebných možností, kterými lze účinně a dlouhodobě potlačit a zmírnit projevy nemoci. Mimo příznaků, které postihují motoriku, Menšíková et al. (2015) popisuje u pacientů například výskyt poruchy spánku, obstipace (zácpa), dysartrie (porucha řeči), popř. ospalost s lehkým deliriem. Přesto ale autorka mezi nejčastější, a tedy i typické obtíže a příznaky nemoci, řadí tzv. "parkinsonskou tetradu". Toto označení zahrnuje klidový třes, bradykinezi, hypokinezi a posturální nestabilitu (Menšíková et al., 2015).

Za vznik Parkinsonovy choroby jsou zodpovědné v 10 % případů genetické faktory a podle Bonneta a Herguety (2012) se předpoklady pro projev nemoci zvyšují, pokud některý z blízkých členů rodiny měl toto onemocnění diagnostikováno. Podle Agima et al. (2015) bylo doposud prokázáno devět lokusů a pět genů, které zapříčiňují tuto nemoc. Dále také autoři uvádí, že ne všechny geny se vyskytují stejně často, některé se projevují vzácněji a některé častěji, např. gen parkin, který se vyskytuje až v 15 % případů. V ostatních případech ale vzniká onemocnění z neznámých příčin a předpokládá se, že důležitou roli ve vývoji onemocnění hrají enviromentální faktory, kdy opakovaně bývají s Parkinsonovou nemocí spojovány expozice pesticidů (Agim et al., 2015).

Prvotními signály, kterými se u člověka projeví přicházející Parkinsonova choroba, jsou podle Rotha (2014) takové, které nejsou přímo typickými projevy této nemoci. Zpočátku a nezhledka lidé pociťují bolest ramene či zad nebo těžkost končetin. Hauser (2018) poukazuje u bolestí ramen hlavně na sníženou možnost otáčení ramene a dále také na zkracování kroků při chůzi. Lidé mimo jiné pociťují také nižší výkonnost, a to včetně sexuální výkonnosti. Podle Rusové (2016) osoby trpící touto chorobou mívají často také snížený práh bolesti, což je důvod, pro který bolest více vnímají. Hauser (2018) dále tvrdí, že některé non-motorické příznaky Parkinsonovy choroby předbíhají ty motorické příznaky, které pacienti dost často vůbec nevedou v souvislosti s tímto onemocněním, a tudíž si ho nemusí jako příznak Parkinsonovy choroby ani z části uvědomit a z toho

důvodu se může nemalé části pacientů výrazně snížit čichová funkce v době, kdy se objevují motorické příznaky. Mezi dalšími příznaky Roth (2005) jmenuje problémy se spánkem či psaním, kdy se písmo zmenšuje, při mluvení jsou lidé tišší a monotónní. Také se mohou přidat sklony k zácpě či depresi. Postuma et al. (2016) uvádí, že přibližně 30 až 50 % pacientů se setkává s depresí a 17 až 43 % pacientů i s úzkostí. V průběhu měsíců a nezdá se, že i let se podle popisu Rotha (2005) začnou projevovat typické příznaky, které jasně ukazují na toto onemocnění. Do skupiny těchto typických příznaků patří třes (tremor), svalová ztuhlost (rigidita), celková zpomalenost pohybů (bradykineze, akineze) a také poruchy chůze a stoje. Příznaky Parkinsonovy nemoci jsou podle autora celkově kombinací tělesných i duševních projevů a již výše zmíněné příznaky mohou být doplněny o psychické problémy člověka a poruchu vegetativního nervstva (Roth et al., 2005).

Podle Menšíkové et al. (2015) lze mnoho příčin parkinsonismu rozčlenit do několika kategorií a Bonnet s Herguetou popisují, že nemocný v rámci vývoje Parkinsonovy choroby prochází čtyřmi fázemi. Menšíková et al. (2015) popisuje primární a sekundární parkinsonismus. Do primárního parkinsonismu řadí nemoc s Lewyho tělísky. Sekundárního parkinsonismu se týká parkinsonismus v důsledku postižení infekční toxou a toxickou toxou. Další kategorií podle Menšíkové et al. (2015) tvoří polévkový parkinsonismus, parkinsonismus jako důsledek tumoru centrální nervové soustavy, traumat centrální nervové soustavy, cévního postižení mozku a jako důsledek metabolického postižení mozku. Bonnet a Hergueta (2012) uvádějí následující fáze nemoci a blíže je popisují. První fáze, kterou označují jako adaptační, zahrnuje prvotní příznaky nemoci, kdy je nemocnému oznámena diagnóza a začíná prožívat první rok s nemocí. Druhá fáze, kterou označují jako fázi vyrovnanosti a někdy se označuje jako „líbánky“, představuje tzv. klid po bouři. Nemocnému se prostřednictvím léčby vrátil život do původních kolejí. Třetí fáze je autory označována jako fáze fluktuace hybností, kdy je u nemocného narušená celková rovnováha a přicházejí různé změny např. pohybové problémy. Čtvrtou a poslední fází popisují jako fázi invazivní, kdy je nemocný nucen čelit znevýhodnění souvisejícímu s rozvojem axiálních příznaků, které se projevují hlavně obtížnou chůzí.

1. 3. 2 Diagnostika a způsoby léčby

V současné době si podle Duška (2013) lékařská věda s léčbou Parkinsonovy nemoci stále příliš neví rady, hlavně v ohledu předcházení této nemoci a jejího úplného vyléčení. Přestože je toto onemocnění nevléčitelné, aplikuje se na něj několik léčebných postupů, které mají podle Rotha et al. (2014) za úkol projevy a průběh nemoci co nejvíce potlačit a tím umožnit lidem s touto chorobou žít život srovnatelný s životem osob bez postižení. Dále Roth et al. (2014) zmiňuje, že celkovou diagnostiku je nutné brát jako komplexní klinické vyšetření, které je nezbytné pravidelně opakovat a nedílnou součástí je samozřejmě i psychologické vyšetření pacienta. Rektor a Rektorová (1999) dodávají, že při sestavování a zjišťování celkové diagnózy je nutné využít globální diferenciální diagnostiky. Anders et al. (2005) uvádí, že v případě potřeby provedení diagnostiky Parkinsonovy nemoci je nutné zcela na začátku detailně rozpoznat a určit jednotlivé motorické symptomy, které k onemocnění patří a mimoto brát v potaz i ostatní ne tolik specifické motorické i nemotorické projevy.

Hehlman (2010) pro určení diagnózy vidí jako důležitý sběr celkové anamnézy pacienta, kdy ošetřující lékař zjišťuje nejen základní projevy nemoci, ale ptá se i na průběh onemocnění, zajímají ho prodělaná onemocnění, ostatní doprovodné symptomy, různá traumata, záněty nebo prodělané operace. Všechny zjištěné příznaky vcelku utvářejí pohled na obraz parkinsonského syndromu. Anders et al. (2005) poukazují na fakt, že je tedy potřeba dívat se po ukazatelích, které diagnostiku tohoto onemocnění vyvrátí, ale zároveň vyhledávat i jiná onemocnění, které můžou vývoj a počátek onemocnění přiblížit. Diagnóza se tedy stanovuje klinicky, kdy se pozorují typické příznaky a nálezy neurologického vyšetření (Rektorová, 2016). Bednařík et al. (2010) uvádí, že Parkinsonova choroba je klinicky pravděpodobná, jestliže jsou přítomny dva ze tří základních příznaků a dále podle toho, má-li onemocnění plynule progresivní průběh, nebo nejsou nalezeny další příznaky, které by svědčily pro jiné onemocnění a není-li prokázána jiná choroba, která by mohla vyvolávat parkinsonský syndrom.

Pro diagnostiku onemocnění, jak uvádí Bareš (2001), se využívají terapeutické testy, mezi které patří L – DOPA test a apomorfínový test. Mimoto je možné využít i dalších nápomocných vyšetřovacích postupů k přesnému určení potřebné diagnózy a její diferenciální diagnózy, kam řadíme hlavně zobrazovací (magnetická rezonance,

počítačová tomografie a CT mozku), laboratorní, genetická a další odborná vyšetření (Bareš, 2001). K diferencování esenciálního třesu a případně k přímé specifikaci lze podle Baláže et al. (2016) také použít metodu z odvětví nukleární medicíny – tzv. DaT scan (SPECT – single photon emission computed tomography s použitím radioaktivní látky ioflupanu), který se ale nepoužívá jako první možnost při výběru diagnostické metody.

Komplexnost léčby vidí Rektor (2009) v kombinaci farmakologické léčby a léčby nefarmakologické. Pro ideální léčebné působení u Parkinsonovy nemoci proto i dle Bonneta a Herguety (2012) nestačí užívat pouze léky, přestože dostupné přípravky podle autorů v mnohých případech úspěšně zmírňují parkinsonské projevy, nevedou samy o sobě k návratu ztracených funkčních schopností. Ideální je proto podle autorů kombinovat užívání léků spolu s dalšími rehabilitačními cvičeními a pohybovou reedukací, kdy například fyzioterapie, ergoterapie a další jsou možné součásti rehabilitace. Rehabilitace dle Bonneta a Herguety (2012) vidí cíl v léčbě motorických obtíží spojených s poruchami hybnosti, rigiditou a třesem a skládá se z nepřeborného množství koordinačních cvičení, cvičení kombinujících pohyby, vykonávání sledu pohybů a udržování svalové síly. Jako nedílnou součást autoři vidí také psychoterapii, kdy si pacient a jeho neblíží potřebují po stanovení diagnózy ujasnit nastalou situaci. Pacienti ale často ani nechtějí s okolím sdílet své pocity a emoce, jelikož chtějí své blízké chránit, a to vede k potlačování a uzavírání se do sebe, které je nežádoucím jevem (Bonnet a Hergueta, 2012).

Dušek (2013) zmiňuje jako možnost, jak dosáhnout zmírnění příznaků, využití elektrostimulace, kdy nejpoužívanější možnou metodou je tzv. hloubková mozková stimulace a dochází při ní k trvalému zavedení elektrody do určitých mozkových oblastí, která vysílá nízkovoltážní signál o vysoké frekvenci. Dušek (2013) dále popisuje vedení stimulatoru pod klíční kostí a kabelů, které jsou vyvedeny podkožím hlavy a krku k elektrodám. Řádnou stimulací lze podle něj potlačit hlavní příznaky Parkinsonovy nemoci a dále omezit užívání léků, takže vymizí kolísání stavu hybnosti a polékové dyskineze. Nedojde tu ale k úplnému vyléčení onemocnění, zánik buněk pokračuje. Jako další možnost léčby se nabízí v Rektorovo publikaci (2009) využití operativního zákroku, které jsou ale určeny především pro pacienty v pozdním stádiu nemoci či pacienty, u kterých komplexní léčba nedosahuje dostatečných výsledků.

Dušek (2013) dále zmiňuje, že na terapii specifických příznaků Parkinsonovy choroby se podílí také logoped, ergoterapeut a psychoterapeut. Důležitou úlohu v zajišťování rehabilitace mají kromě zdravotnického personálu i pacientské organizace a kluby.

1.4 Sociální pracovník

Sociální pracovník je *kvalifikovaný pracovník, vykonávající činnosti, které přispívají k uskutečňování smyslu a účelu sociální práce, tj. k ochraně lidských práv a lidské důstojnosti a k podpoře sociálního bezpečí osob* (MPSV, © 2018). Jako nejdůležitější charakteristiky sociálního pracovníka Chudý et al. (2010) uvádí především jeho lidské kvality a schopnosti navázat s klientem efektivní vztah na požadované úrovni. Kopřiva (2013) také vidí vztah sociálního pracovníka s klientem jako velice důležitý. Znalosti zákonů, legislativy či metod sociální práce, které se podle Chudého et al. (2010) aktuálně často kladou za prioritu v sociální práci, jsou jednou ze základních charakteristik výkonu profese, ale v případě, že sociální pracovník nebude oplývat osobnostními předpoklady pro výkon této profese, nemůže dostat z výkonu práce sociálního pracovníka nezbytného uspokojení, které bezesporu patří mezi základní lidské potřeby.

Pro výkon pomáhající profese, kterou sociální pracovník je, je důležitá osobnost pomáhajícího, kterou definuje Géringová (2011) jako soustavu šesti vlastností – ochotu, vlídnost, klid, vyrovnanost, empatii, nadšení pro věc a láska k profesi. Novotná (2014) popisuje sociálního pracovníka pro jeho funkci především jako hlavní nástroj poskytování pomoci, kdy Géringová (2011) jako hlavní motivaci k této pomoci přiřazuje vcelku přirozenou, člověku vlastní, aktivitu, tedy nesobecké pomáhání, které se označuje jako altruismus. Sociální pracovník je tedy podle Kaplánka (2013) profesionál, a proto musí disponovat osobnostními předpoklady, vlastnostmi a schopnostmi tak, aby přispíval ke zlepšení situace klienta a zároveň ho motivoval k přípravě správných postojů a přejímání vlastní zodpovědnosti, aby se postupem času mohl stát co nejméně závislým až zcela nezávislým na sociálním pracovníkovi. Úkolem sociálního pracovníka je zároveň dle Kaplánka (2013) přispět ke komplexnímu zlepšení klientovy aktuální sociální situace. Urban (2013) uvádí, že by sociální pracovník měl klientovu situaci řešit z celkového hlediska a napomáhat mu tím k překonávání překážek z různých oblastí jeho života, protože jednotliví odborníci sice také mohou proniknout do úskalí dílčích problémů klienta, přesto jim ale jejich specializace nedovolí nahlížet na problém globálně. Podle

Tajanovské (2015) navíc ani odborná a úzká znalost svého vlastního oboru ještě nezaručuje dobré sociální kompetence. Podle Urbana (2013) by právě sociální pracovník měl být tím odborníkem, který si všímá situace klienta ve všeobecném a uceleném rámci. Měl by doporučit klientovi konkrétní postup s ohledem na jeho aktuální životní situaci a koordinovat jednotlivé odborníky tak, aby zajistil postoupnost cílů a činností veškerých pomáhajících profesí (Urban, 2013).

Šimková (2014) popisuje role sociálního pracovníka a rozděluje je prostřednictvím jejich vrstvení. Profesionalita sociálního pracovníka podle ní spočívá ve správném uspořádání rolí do vhodné kombinace a v umění s nimi pracovat. Nejedná se tedy o dané role, které jsou neustále neměnné, jen třeba využívat je dle aktuálně řešených situací a reorganizovat si role pro případ v daném okamžiku. Mezi nejčastěji využívané role podle Šimkové (2014) patří následující tři role:

- a) **administrativní** – sociální pracovník se snaží prostřednictvím správných postupů a vhodným způsobem vyřešit požadované úkony, nezáleží na tom, zda se jedná o dávky nebo projekty a vede dále jejich dokumentaci kvalitně v souladu s požadavky
- b) **poradensko-terapeutická** – sociální pracovník se stává nástrojem pomoci a na změnách v klientově situaci pracuje i skrze sebe, přesněji skrze vzájemný vztah a k pomoci se snaží využívat formální dosažené vzdělání, terapeutické výcviky nebo i vlastní osobní zdroje, motivaci k sociální práci
- c) **expertní** – sociální pracovník je v této situaci vnímán jako expert na sociální procesy, zvládá je vnímat a posoudit v jejich komplexnosti a propojenosti, přičemž si je vědom i dopadů na jednotlivce; tuto roli je možné pozorovat nejčastěji v oblasti posuzování a následném rozhodování k výběru metody spolupráce

1. 5 Společnost Parkinson, z. s.

Společnost Parkinson, z. s. (O zdravotnictví, © 2018) byla založena v roce 1994, kdy podnět k založení dali lékaři z Neurologické klinika 1. LF UK v Praze. Je členskou

organizací Evropské asociace Parkinsonovi nemoci a je nezisková a sdružuje pacienty nemocné Parkinsonovou nemocí (dále jen PN), které přijímá do svých řad. Přijímá také jejich rodinné příslušníky, lékaře, zdravotníky či ostatní občany, kteří se rozhodli pomoci (Společnost Parkinson, 2014). Snahou Společnosti Parkinson, z. s. je, dle následujícího popisu v rámci tohoto odstavce, podle jejich Výroční zprávy za rok 2017 (2018) podporovat informovanost o nemoci a rozšiřovat vzájemnou komunikaci mezi nemocnými a jejich blízkými. Dále pomáhá zlepšit společenské postavení pacientů s Parkinsonovou chorobou i jejich blízkých, zachovat sociální i společenské kontakty, a to především prostřednictvím činnosti jednotlivých lokálních klubů. V neposlední řadě se SP věnuje osvětové a publikační činnosti a spolupracuje s různými odborníky, ať již lékaři, terapeuti či právníky a také zastupuje zájmy nemocných a jedná jejich jménem s orgány místní a státní správy.

Mezi hlavní činnosti spolu patří organizace rekondičních pobytů s odborným programem, publikace vlastního časopisu Parkinson, organizace tematických setkání pacientů a jejich blízkých, pořádání odborných přednášek zdravotnických pracovníků či zakládání a vedení Parkinson klubů po území celé ČR. Společnost Parkinson, z. s. dále ve Výroční zprávě za rok 2017 (2018) uvádí, že je zřizovatelem Parkinson klubů po celé České republice, které jsou buď jejími přímými organizačními jednotkami či pobočnými spolky. K poslednímu dni roku 2017 bylo evidováno 613 členů v 18 klubech. Mezi projekty Společnosti Parkinson, z. s. (Společnosti Parkinson, 2018) jsou nejvíce zastoupena pravidelná rehabilitační cvičení pro osoby s PN a dále pořádání rekondičních pobytů či poradenské centrum PN. Rekondičních pobytů se během roku koná několik po celé České republice.

1. 5. 1 Klub Parkinson

Založení Klubu Parkinson České Budějovice (© 2018) bylo plánováno v místě své působnosti již v průběhu roku 2000. Oficiálně byl ale založen 23. ledna 2001 během stavující schůze Klubu České Budějovice, kde byl i zvolen výbor klubu. Během svého fungování vystřídal Klub několik předsedů a nyní je jedním z 20 regionálních klubů pro osoby s Parkinsonovou nemocí v rámci České republiky, v Jihočeském kraji je zatím jediným. Posláním každého jednotlivého klubu je sdružování nemocných a jejich rodinných příslušníků za účelem získávání nových poznatků nejen o nemoci, ale i

léčebných postupech, zajišťování odborných přednášek a besed, rekondičních pobytů, rekondičních a rehabilitačních cvičení či klubových společenských akcí. Činnost klubu dohlíží lékařský garant, zpravidla se jedná o neurologa. Dále na svých stránkách Klub České Budějovice uvádí, že organizuje pravidelná setkávání a cvičení členů. Cvičení probíhá pod odborným vedením kvalifikované cvičitelky. Celkově svou činností pomáhá zlepšovat život nemocných PN a zvyšovat i kvalitu jejich života.

Každý poslední pátek v měsíci pořádá schůze Klubu Parkinson České Budějovice v Komunitním centru Máj. Na těchto schůzích se setkávají členové klubu, plánují činnost pro následující měsíce, výlety, besedy či přednášky. Dále zajišťuje pořádání a průběh rehabilitačního cvičení v Táboře a ve Strakonících, které se pravidelně konají každý týden. Každý, kdo projeví zájem, má možnost se těchto setkání také zúčastnit a vidět, jakým způsobem lidé s PN žijí, jak se schází, cvičí a z čeho mají obavy či naopak, co je rozveselí (Klub Parkinson České Budějovice, © 2018). Jednou z nejdůležitějších činností je organizace a realizace rekondičních pobytů, kdy svépomocí či v rámci spolupráce ve Společnosti Parkinson, z. s. naplánují a zrealizují pobyty, které v mnoha ohledech pomáhají osobám s PN ve zlepšení zdravotního stavu a celkovém zlepšení jejich života (Společnost Parkinson, 2014).

2. Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zmapovat možnosti a limity rekondičních pobytu pro lidi s Parkinsonovou nemocí v kontextu sociální rehabilitace a dílčím cílem je zjistit přínos rekondičních pobytů pro lidi s Parkinsonovou chorobou.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě stanoveného cíle bakalářské práce byly definovány tyto výzkumné otázky:

HVO1. Jak probíhají rekondiční pobyty pro lidi s Parkinsonovou chorobou?

HVO2. Jaký je přínos rekondičních pobytů pro lidi s Parkinsonovou chorobou?

2.2.1 Operacionalizace pojmů

Rekondiční pobyt – formy zaměřené na udržování a rozvíjení dovedností a návyků fyzické i psychické kondice (Jesenský, 1995)

Průběh – časový postup události (Havránek, 2011)

Přínos – přinesení nového prvku, nové hodnoty (Havránek, 2011)

Parkinsonova choroba – chronické neurodegenerativní onemocnění středního mozku (Roth et al., 2009)

Člověk s Parkinsonovou chorobou – člověk, kterému byla diagnostikována Parkinsonova choroba

3. Metodika

3.1 Metody a techniky sběru dat

Praktická část bakalářské práce sestává z vlastního výzkumu. Pro tento výzkum byla na základě stanoveného cíle zvolena strategie kvalitativního výzkumu. Podle Hendla (2016) je tato strategie výhodná především z důvodu možnosti hlubšího prozkoumání a snadnější zjištění všech potřebných podrobností ve zkoumané problematice. Dále tento autor uvádí jako výhodu osobní kontakt zkoumajícího s komunikačními partnery v přirozených podmínkách, kdy zkoumající toto může využít pro sledování interakcí jeho partnerů a lépe se orientuje v názorech účastníků výzkumu. Hendl (2016) dále zmiňuje, že nespornou výhodou je také možnost komunikačních partnerů vyjádřit svůj názor a při případném vzniku nedorozumění je snadné jej ihned vyjasnit. Nevýhodu ovšem vidí v možné vyšší časové náročnosti na zpracování.

Pro provedení výzkumu byla využita metoda dotazování s aplikací techniky polostrukturovaného rozhovoru, který je dle Miovského (2006) řazen mezi nejčastěji používanou techniku shromažďování potřebných dat. Využívá také výhod strukturovaného i nestrukturovaného rozhovoru. Miovský (2006) také přibližuje strukturu a podobu polostrukturovaného rozhovoru, kdy je pro tento typ rozhovoru charakteristická příprava okruhů otázek již před samotným rozhovorem s komunikačními partnery, nicméně pořadí otázek i průběh rozhovoru je možné během realizace pozměnit.

Před započítím rozhovorů s komunikačními partnery byl vytvořen záznamový arch polostrukturovaného rozhovoru (Příloha č. 1). Tento arch je rozdělen do 3 oblastí, které se týkají identifikačních údajů komunikačních partnerů, faktorů, které ovlivňují účast na rekondičním pobytu a hodnotící faktory po účasti na rekondičním pobytu.

Poznatky získané během výzkumu byly vyhodnoceny pomocí metody trsů. Sedláková (2014) i Miovský (2006) popisují metodu vytváření trsů jako kategorizaci či třídění získaných dat podle jednotlivých znaků, které jsou si ve zvolené oblasti podobné, do příslušných skupin. Konkrétně se jedná o kategorie, které přiblíží, co osoby s PN ovlivňuje při rozhodování o účasti na rekondičním pobytu a jak hodnotí tuto účast po skončení rekondičního pobytu. Výsledky jsou vyobrazeny pomocí myšlenkových

mapách a tabulek, kdy myšlenkové mapy umožňují přehledné grafické zobrazení a znázornění vzájemných vztahů a souvislostí (Buzan et al., 2011). Myšlenkové mapy byly vytvořeny prostřednictvím programu iMindMap a je doplněna písemným popisem z přepisu rozhovorů z komunikačními partnery. Jako součást vyobrazení výsledků jsem použila SWOT analýzu, která ukazuje silné a slabé stránky a příležitosti a hrozby související s plánováním a realizací rekondičního pobytu.

3.2.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán na základě záměrného výběru, který Miovský (2006) vidí jako nevyužívanější metodu pro výběr takového souboru u kvalitativního přístupu. Zmíněný autor také uvádí, že se touto metodou vyhledávají komunikační partneři, které spojuje stanovený soubor vlastností a vypovídá to o výběru takových komunikačních partnerů, kteří splňují zvolená kritéria a zároveň vyjádří souhlas se zapojením se do výzkumu.

Pro účely výzkumu byl za pomoci předsedy Klubu Parkinson České Budějovice vybrán soubor členů klubu, kteří se zúčastnili rekondičního pobytu, který probíhal ve dnech 13. až 16. července 2017. Pro konkretizaci výběru komunikačních partnerů jsem stanovila kritéria, která zahrnují nutnost členství ve Společnosti Parkinson, z. s., dále účast alespoň na jednom rekondičním pobytu a v neposlední řadě souhlas s účastí na výzkumu. Ze získaného výzkumného souboru jsem na základě splnění kritérii dostala vzorek 7 komunikačních partnerů, z toho 4 muži a 3 ženy. Věkové rozmezí výzkumného souboru se pohybuje od 52 do 69 let. Všichni vybraní členové byli osloveni na jedné ze schůzí Klubu Parkinson České Budějovice, které se konají každý poslední pátek v měsíci v Centru pro seniory v Komunitním centru Máj v Českých Budějovicích nebo na rehabilitačním cvičení, které se pořádá každý týden ve Strakonících. Každý z partnerů předem souhlasil se zapojením do výzkumu, se způsobem provádění výzkumu a zaznamenáváním získaných informací do předpřipravených záznamových archů, do kterých měli možnost také nahlédnout. Tyto archy jsou uloženy v mém osobním archivu.

3.2.2 Realizace výzkumu

Výzkum byl realizován v rámci setkávání s členy Klubu Parkinson České Budějovice při jejich schůzích, které se konají každý měsíc a také na cvičení, která probíhají každý týden ve Strakonici. Po dohodě s komunikačními partnery nebudou konkrétní místo rekondičního pobytu v bakalářské práci uvedeno.

Před zahájením samotného výzkumu byl připraven záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s vybranou cílovou skupinou. V rámci zahájení jednotlivých polostrukturovaných rozhovorů byli všichni komunikační partneři obeznámeni s dobrovolnou účastí na tomto výzkumu a s tím, že mají v případě pro ně nepřiměřených dotazů kdykoliv možnost rozhovor ukončit či otázku nezodpovědět. Dále byli seznámeni s důvody a záměry výzkumu, s cílem práce, časovou náročností rozhovoru a tématy, kterých se rozhovory budou týkat.

Z důvodu zachování anonymity komunikačních partnerů nebudou žádné osobní ani citlivé údaje účastníků v bakalářské práci uvedeny a veškerá případná jména v textu budou změněna na fiktivní. Pro odlišení jednotlivých účastníků výzkumu je použito označení KP (dále také KP 1, KP 2, KP 3, KP 4, KP 5, KP 6, KP 7).

Účast na setkáních Klubu Parkinson České Budějovice v rámci výzkumu pro bakalářskou práci proběhla v měsících listopadu a prosinci roku 2017 a následně první poloviny roku 2018. Analýza dat metodou vytváření trsů proběhla na přelomu měsíců června a července 2018 a propracování myšlenkových map a tabulek v průběhu měsíce července 2018.

4. Výsledky výzkumu

V této části bakalářské práce jsou uvedeny a zpracovány informace získané sběrem dat od komunikačních partnerů. Veškerá data z poskytnutých rozhovorů jsem pečlivě prošla a analyzovala, hledala podobnosti a odlišnosti, které se ve výzkumu objevovaly. Pro upřesnění výzkumu jsou data rozdělena do třech kategorií, které snáze přiblíží a konkretizují odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky. Považuji za důležité poznamenat, že veškeré informace získané během výzkumu jsou subjektivním vyjádřením zúčastněných komunikačních partnerů, a tudíž je nelze zobecnit pro všechny osoby s PN, které se kdy účastní rekondičních pobytů.

4.1 Sociodemografické údaje

Pro vyobrazení tohoto oddílu výzkumu jsem se soustředila na identifikační údaje jednotlivých komunikačních partnerů. Konkrétně šlo o zjištění složení výzkumného souboru z pohledu pohlaví, věku, rodinného stavu, doby členství ve Společnosti Parkinson, z. s. a počtu absolvovaných rekondičních pobytů. Získané informace jsem pro přehlednost zanesla do tabulky č. 2.

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje komunikačních partnerů

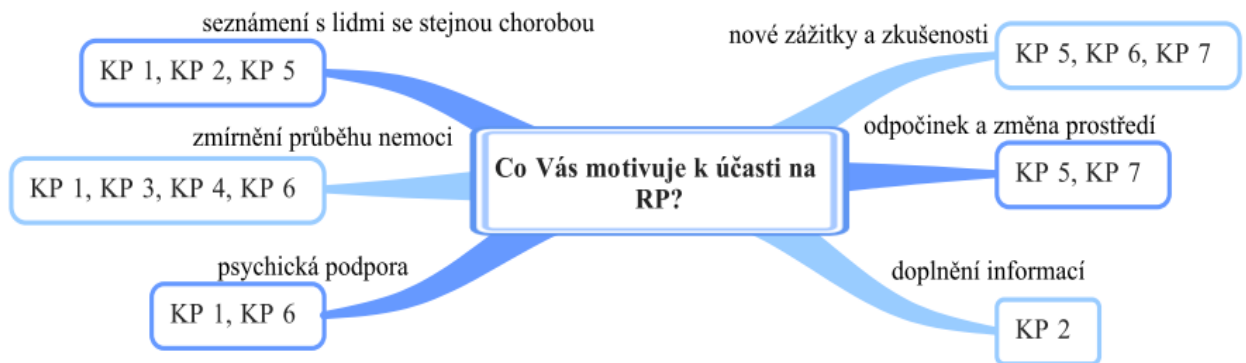
KP	Pohlaví	Věk	Rodinný stav	Členství ve společnosti	Účast na RP
KP 1	Muž	60	Ženatý	4 roky	2 x
KP 2	Žena	53	Vdaná	4 roky	1 x
KP 3	Žena	52	Vdaná	3 roky	1 x
KP 4	Muž	57	Vdovec	6 let	4 x
KP 5	Muž	69	Rozvedený	5 let	3 x
KP 6	Muž	53	Ženatý	2 roky	2 x
KP 7	Žena	62	Rozvedená	4 roky	2 x

4.2 Motivace a očekávání od rekondičním pobytu

Pro přiblížení faktorů, které ovlivňují účast jednotlivých komunikačních partnerů na rekondičním pobytu jsem zvolila čtyři otázky, které mi KP zodpověděli před účastí na pobytu. Tyto otázky se týkají jejich motivace k účasti na RP, jejich očekávání od RP, četnosti pořádání RP a optimální délky jednoho RP.

Co Vás motivuje k účasti na RP?

Schéma č. 1 zobrazuje, co nejvíce motivuje osoby s PN k účasti na rekondičním pobytu dle jejich subjektivního pojetí.



Zdroj: vlastní výzkum

Schéma č. 1: Co vás motivuje k účasti na RP?

Pro KP 1, KP 3, KP 4 a KP 6 je hlavní motivací zmírnění průběhu nemoci a zlepšení jejich zdravotního stavu. K tomu KP 5 sděluje: „*Po každém pobytu je nejvíc znát, že se mi mň třese ruka a o moc líp se mi chodí.*“ Dalším velmi motivujícím faktorem je dle KP 1, KP 2 a KP 5 seznámení se s lidmi se stejnou chorobou, kdy KP 1 dodává: „*Jsem rád za každého dalšího účastníka pobytů, hrozně rád poznávám nové lidi, jsem nesmírně společenský a vždy si mám se všema co říct.*“ KP 1 a KP 6 vidí motivaci i v psychické podpoře, která se jim na RP dostane. „*Rád vyslechnu problémy ostatních a sám se o ně taky dělím, je to úleva,*“ sděluje KP 6. Pro KP 5, KP 6 a KP 7 je motivující získání nových zážitků a zkušeností a KP 5 i KP 7 zmiňují odpočinek a změnu prostředí jako další dostatečnou motivaci k účasti na RP. KP 2 dodává, že ho motivuje i doplnění informací o PN a dodává: „*Vždycky přijdou s něčím novým.*“

Co očekáváte od účasti na RP?

Následující schéma č. 2 ukazuje, jaká mají účastníci rekondičního pobytu očekávání od jeho absolvování.

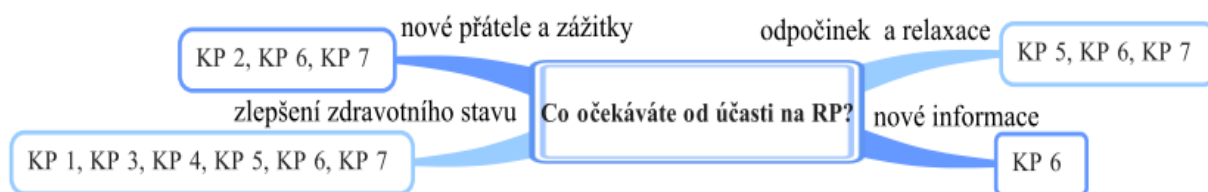


Schéma č. 2: Co očekáváte od účasti na RP?

Zdroj: vlastní výzkum

Ze schématu je jasné, že všichni KP, s výjimkou KP 2, vidí svá očekávání ve zlepšení vlastního zdravotního stavu. KP 2, KP 6 a KP 7 očekávají seznámení s novými lidmi a prožití nových zážitků. K oběma stanoviskům KP 1 uvádí: „Už z předchozí odpovědi vám musí být jasný, že pro mě jsou důležitý ty lidi, ono když máte dobrou náladu a jste v dobrým kolektivu, tak vás nějaká nemoc trápí daleko méně. A tím pádem se člověk tak nějak celkově zlepší.“ Pro KP 5, KP 6 a KP 7 znamená účast na RP odpočinek a relaxaci. KP 7 sděluje: „Jsem ráda, když si odpočinu od každodenní rutiny, kolikrát už nevím ani co je za den, tak mě ten pobyt zas trochu zrestartuje.“ KP 6 ještě očekává načerpání nových informací, protože má rád ve všem přehled.

Jak často by měly podle Vás RP probíhat?

Následující schéma č. 3 ukazuje, jak často by komunikační partneři pořádali tyto pobyty.

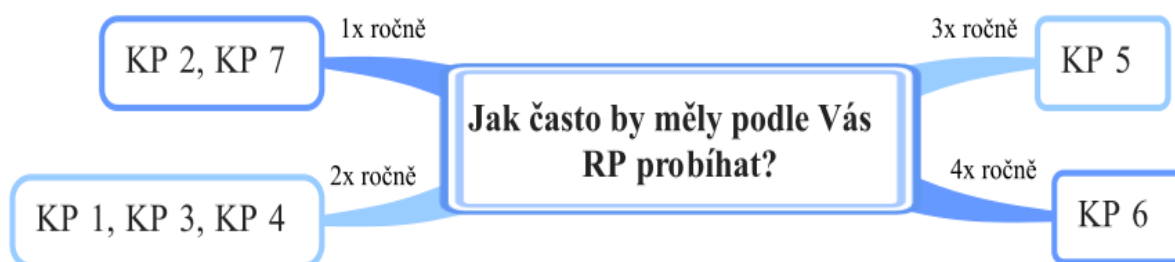


Schéma č. 3: Jak často by měly podle Vás RP probíhat:

Zdroj: vlastní výzkum

Ze schématu je jasné, že RP by podle KP 1, KP 3 a KP 4 měly probíhat 2x ročně. KP 3 k tomu uvádí: „Dvakrát ročně je tak akorát, jednou je málo a víckrát bych ani nemohla skloubit se zaměstnáním. Možná až mi přibudou léta a bude víc času, že bych to viděla i na třikrát za rok.“ Pro KP 2 a KP 7 je dle výzkumu dostačující pobyt jednou ročně, kdežto

KP 5 i KP 6 by jako ideální viděli četnost vyšší, aby si každý mohl vybrat své období pro pobyt.

Jaká je pro Vás optimální délka trvání RP?

Ve schématu č. 4 se ukazuje, jak dlouhou dobu by jednotliví komunikační partneři chtěli strávit na rekondičním pobytu, aby jeho přínos byl co nejvyšší.

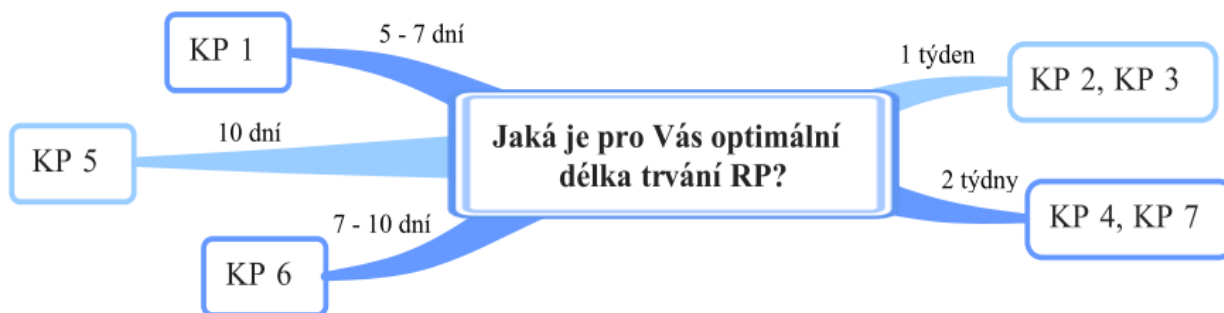


Schéma č. 4: Jaká je pro Vás optimální délka trvání RP?

Zdroj: vlastní výzkum

KP1 uvedl jako optimum trvání 5 až 7 dní, dodává: „*Rád bych se účastnil i delší dobu, ale pracovní povinnosti mi to zatím nedovolí. Až budu dost starej, tak se zúčastním třeba na tři týdny.*“ KP 5 uvedl jako optimum 10 dní a dodává: „*Tejden je krátkej, to uteče hned a za dva tejdny je všechno naučený a okoukaný a to by nebyl důvod jet znovu.*“ KP 6 se shoduje s KP 5, ale jako optimum vidí 7 až 10 dní. KP 2 a KP 3 hovoří o týdnu jako o optimu. KP 3 dodává: „*Týden moc úplně nestačí, ale prostě není tolik času.*“ KP 4 a KP 7 se shodli na dvou týdnech trvání pobytu. KP 7 dodává: „*Pár dní odpočinku, něco se naučit, něco vidět a pak zase do běžného života.*“

4.3 Zhodnocení účasti na rekondičním pobytu

Výsledky z této části výzkumu jsou rozděleny do osmi otázek, které mi utvořily jasný náhled na přínosy jednotlivých účastníků po uskutečnění rekondičního pobytu. Tyto otázky se týkají splnění jejich očekávání od RP, jejich stavu, psychické a fyzické pohody, změn po účasti na RP, hodnocení aktivit z hlediska přínosnosti, udržování kontaktů po ukončení RP a jejich plánu ohledně RP do budoucna.

Splnila účast na RP Vaše očekávání?

Z výsledků ve schématu č. 5 je zřejmé, že očekávání účastníků RP jsou podle 5 komunikačních partnerů zcela naplněna a z pohledu 2 komunikačních partnerů částečně naplněna



Schéma č. 5: Splnila účast na RP Vaše očekávání?

Zdroj: vlastní výzkum

Pro KP 1, KP 3, KP 4, KP 6 i KP 7 byla jejich očekávání od RP zcela splněna a většina shodně uvádí, že jsou nadšení a těší se na další pobyt. KP 2 a KP 5 uvedli, že jejich očekávání byla splněna částečně, což jim ale podle jejich vyjádření nebere motivaci pro to, aby se v příštích letech dalšího RP zúčastnili.

Myslíte si, že po RP se Váš zdravotní stav zlepšil?

Následující schéma č. 6 poukazuje na jednoznačný přínos RP.



Schéma č. 6: Myslíte si, že se Váš zdravotní stav po RP zlepšil?

Zdroj: vlastní výzkum

KP 4, KP 5 a KP 6 shodně uvedli, že se jejich stav po absolvování RP určitě zlepšil. KP 1, KP 2, KP 3 a KP 7 se také shodli, že jejich stav nabyl zlepšení, ale s určitou výhradou, tedy částečně.

Pocítujete po účasti na RP fyzickou, psychickou či fyzickou i psychickou pohodu?

Schéma č. 7 ukazuje obecně pocit psychické pohody, fyzické pohody anebo psychické i fyzické pohody jednotlivých účastníků po proběhlém RP.

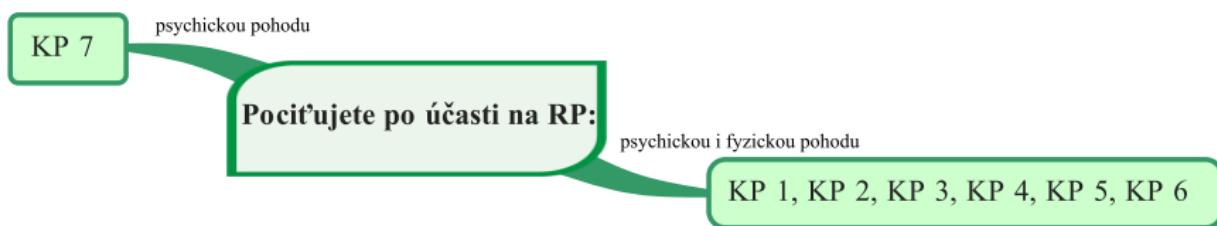


Schéma č. 7: Pociťujete po účasti na RP

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni komunikační partneri, vyjma KP 7, sdělili, že se cítí být více ve fyzické i psychické pohodě. Pouze KP 7 sdělila, že se cítí více v psychické pohodě: „*Cítím se lépe hlavně po psychické stránce, protože občas trpím depresemi a rekondiční pobyt mi vždy dodá víc optimismu do následujících dnů. Po fyzické stránce se naštěstí cítím vcelku obstojně pořád.*“

Jaký pociťujete přínos po účasti na RP?

Následující schéma č. 8 znázorňuje individuální přínos rekondičního pobytu pro jednotlivé účastníky a v jakém ohledu tato změna proběhla.



Schéma č. 8: Jaký pociťujete přínos účasti na RP?

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni komunikační partneri uvedli jako změnu, kterou pociťují, zlepšení fyzického stavu a téměř všichni zlepšení i stavu psychického. KP 1: „*Pociťuji menší ztuhlost svalů, naučil jsem se nové tipy, jaká protahovací cvičení zkoušet. A zároveň mám i větší chuť do života, což zaručeně souvisí i s tou menší ztuhlostí svalů.*“ KP 2: „*Na rekondičním pobytu jsem byla poprvé a kromě toho, že se celkově líp cítím, méně se předkláním a mám i veselejší myšlenky, tak jsem dostala nové informace o nemoci a terapii, kterou doma budu praktikovat.*“ KP 3: „*Po pobytu se cítím celkově lépe, mám víc elánu, líp se kontrolovat a mám zas lepší náladu.*“ KP 4: „*Cítím se v menším presu a nejsem tolik úzkostlivý, mám nad sebou lepší kontrolu a líp se mi chodí.*“ KP 5: „*Zlepšil se mi styl chůze a míň se mi třese ruka, taky psychicky se cítím líp, dost mi pomohlo být v kolektivu tolika příjemných*

lidí.“ KP 6: „*Jsem zrelaxovaný a to vidím jako zlepšení psychického stavu, mám víc elánu a déle se vydržím soustředit na práci.*“ KP 7: „*Zlepšil se mi psychický stav a to hlavně, protože jsem strávila čas s lidmi, kterým nemusím nic vysvětlovat, protože ví, jak to s touhle nemocí chodí. Beru to jako velkou psychickou podporu, protože někteří lidé v mém okolí jsou občas nadutí.*“

Jaké aktivity na RP považujete za pro Vás nejpřínosnější?

Schéma č. 9 ukazuje individuální preference jednotlivých komunikačních partnerů, kterými poukazují na nejpřínosnější aktivity v rámci RP.

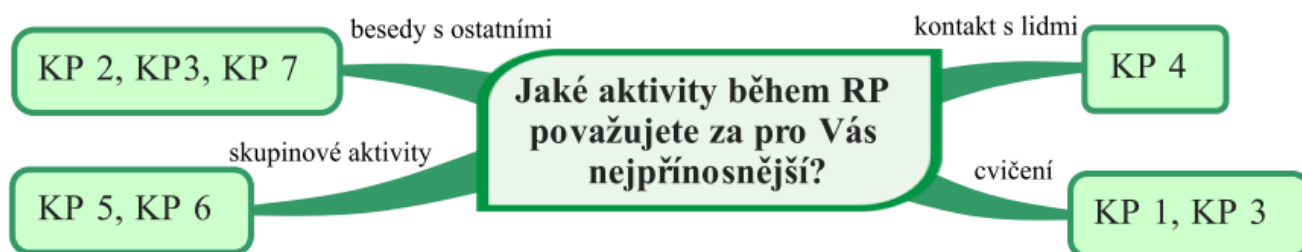


Schéma č. 9: Jaké aktivity během RP považujete za pro Vás nejpřínosnější?

Zdroj: vlastní výzkum

KP 2, KP 3 a KP 7 považují za nejpřínosnější aktivitu besedy s ostatními a nabytí odborných znalostí ohledně PN. KP 2 uvádí: „*Nemám čas probírat se novinkama na internetu a tady se vždycky dozvím souhrn aktualit.*“ KP 5 a KP 6 shodně považují za nejpřínosnější veškeré skupinové aktivity, tedy cvičení a terapie, výlety i besedy. KP 4 vidí největší přínos v kontaktu s lidmi a doplňuje: „*Jelikož žiju sám, tak mi občas kontakt s lidmi chybí, ale snažím se účastnit co nejvíc takových aktivit a tím pádem se cítím líp.*“ KP 1 i KP 3 se shodují v nejpřínosnějších aktivitách pro ně, a to ve cvičení. KP 3: „*Musím cvičit i mozek i svaly, abych nezakrněla a můj stav se nehoršil, to je pro mě důležité.*“ KP 1: „*Cvičení potřebuju, abych nebyl ztuhlý a mohl se věnovat tomu, co mě baví a abych nedřepěl doma.*“

Zůstáváte v kontaktu s lidmi, které poznáte na RP a jakým způsobem?

Schéma č. 10 zobrazuje, jestli a jakým způsobem jsou lidé komunikačně zdatní a aktivní, zda udržují kontakt mezi sebou i po skončení RP.

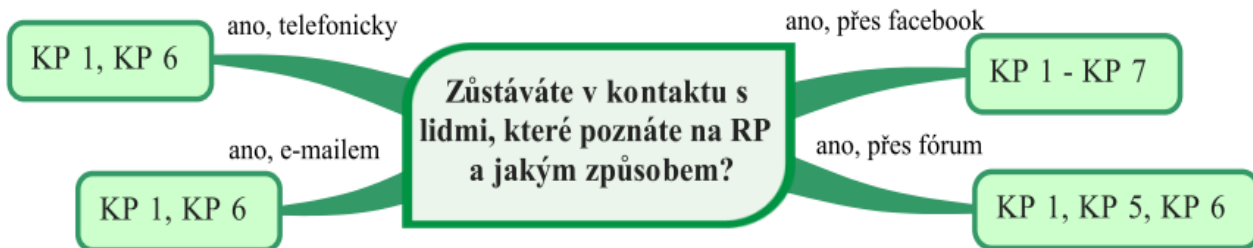


Schéma č. 10: Zůstáváte v kontaktu s lidmi, které poznáte na RP a jakým způsobem?

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni KP uvedli, že s lidmi, se kterými se poznají během rekondičního pobytu, zůstávají v kontaktu, a to prostřednictvím sociální sítě Facebook. Kromě KP 2, KP 3 a KP 4, jsou ostatní KP schopni a ochotni komunikovat i jinými způsoby. KP 1 i KP 6 shodně uvedli, že ke komunikaci využívají i telefon, e-mail a fórum. KP 5 je kromě sociální sítě ochoten využívat ke komunikaci fórum.

Jaké aktivity byste do budoucna rádi zakomponovali do programu RP?

Ze schématu č. 11 vyplývá, zda jsou účastníci rekondičních pobytů spokojeni s jejich programem nebo zda by do budoucna rádi zavedli i jiné, dosud opomíjené aktivity, u kterých vidí přínos pro oddálení prohlubování nemoci.

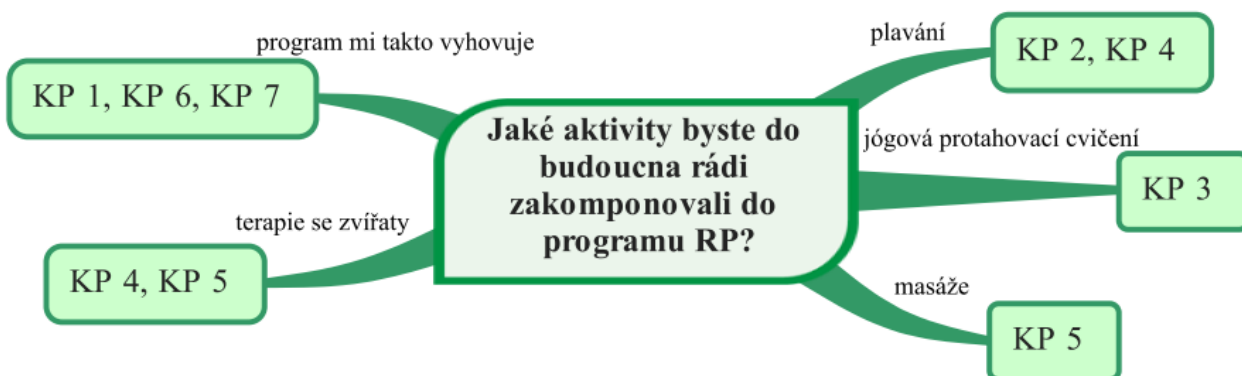


Schéma č. 11: Jaké aktivity byste do budoucna rádi zakomponovali do programu RP?

Zdroj: vlastní výzkum

KP 1, KP 6 a KP 7 shodně uvádí, že jim programově RP vyhovují. KP 4 a KP 5 se shodli, že by rádi zakomponovali do RP terapii se zvířaty. KP 4 uvádí: „*Sám mám doma psa i kočku a kdyby to šlo, klidně bych je vzal s sebou, oni se nechají drbat a mazlit, to mi vždy zlepši den.*“ KP 5 sděluje: „*Zvířata jsou skvělí pomocníci, ať jen jako společníci nebo jako prostředek konkrétní rehabilitace. Kontakt s nimi často vyhledávám, protože sám zvířata nemám.*“ KP 2 se shoduje s KP 4 a rádi by zařadili do programu více plavání, které jim dělá dobře na procvičení ztuhlosti svalů. KP 3 by ráda přidala jógová cvičení

z důvodu, že sama ji doma cvičí. KP 5 by jako další tip do programu zařadil možnost masáže. KP 5: „*Masáže jsou skvělé na prohřátí a na ztuhlost svalů.*“

Máte v plánu se zúčastnit dalšího RP v budoucnu?

Pro schéma č. 12 bylo úkolem ukázat, zda se komunikační partneři mají zájem zúčastnit dalšího rekondičního pobytu, který v budoucnu proběhne.



Schéma č. 12: Máte v plánu se zúčastnit dalšího RP v budoucnu?

Zdroj: vlastní výzkum

Z vyobrazení schématu vyplývá, že KP 1, KP 4, KP 5, KP 6 a KP 7 se v budoucnu dalšího RP určitě zúčastní. KP 2 a KP 3 shodně uvedli, že se RP spíše zúčastní. KP 2: „*Když to půjde, rád se ještě nějaké rekondice zúčastním, ale jeden nikdy neví, co se může stát, a tak tu nebudu nic slibovat.*“

4.4 Průběh rekondičního pobytu

Rekondiční pobyt je nutné připravovat s dostatečnou časovou rezervou před jeho reálným uskutečněním. Důležité je vhodně zvolit místo konání, aby splnilo podstatu a zaměření pobytu, jsou však i místa, kde se RP konají pravidelně. Musí se také zvolit termín pro konání pobytu, který se zarezervuje. Provozovatelé ubytovacích zařízení ovšem vyžadují i informaci o přibližném počtu účastníků, a proto je žádoucí o datu a místu konání náležitě informovat, aby se lidé mohli včas na pobyt přihlásit. Dále je důležité financování pobytu, kdy RP je podpořen dotací z programu grantové podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky, zároveň si každý účastník poměrnou část hradí sám. O naplnění RP se starají zejména vedoucí pobytu, cvičitelé a logopedi.

Neméně důležité je také sestavení programu, zvláště pokud do programu zahrneme nějaké terapie či přednášky, které je třeba vést pod dohledem odborníka. Pak je nutné takového odborníka vyhledat a dohodnout termín jeho působení, aby se mohl v rámci RP věnovat požadované terapii či přednášce. V mnoha případech už takovéto odborníky na RP

Společnost Parkinson, z. s. využila a spolupracuje s nimi opakovaně. Náplní těchto pobytů jsou tedy přednášky a besedy o Parkinsonově nemoci, nechybí ani volnočasové skupinové aktivity v podobě cvičení venku i uvnitř, společného výletu, hraní společenských her nebo jiných vzájemně aktivizačních terapií. Veškerý program v rámci pobytu je tedy předem připravený a měl by počítat i s možnými výkyvy počasí, aby v případě naplánované aktivity venku nedošlo k tomu, že když začne například pršet, budou účastníci RP schováni uvnitř svých pokojů. Další nezbytností je také zajistit možnosti dopravy na místo konání pobytu, tím spíše pokud je to místo vzdálenější od veřejné dopravy a jednotlivci nemají možnost, jak se sami na místo dostat. V případě zajištění veškerých organizačních záležitostí a detailů pak nic nebrání tomu, aby došlo na realizaci připraveného rekondičního pobytu.

V den příjezdu se všichni ubytovali v jednotlivých pokojích po dvou nebo třech lidech. Nebyla určena přesná hodina pro příjezd, a tak proběhlo zorganizování všech účastníků pobytu během celého odpoledne. Večer se všichni sešli na první společné večeři a po ní se sešli ve společenské místnosti, kde se probíral program pobytu a proběhla volná diskuze. Poté se všichni odebrali do svých pokojů a těšili se na připravený program příštího dne. Ráno proběhla snídaně formou švédských stolů, kdy si každý mohl vybrat to, na co je zvyklý a co mu chutná. Následovaly aktivity uvedené v programu, nejčastěji společné protahovací cvičení venku, popřípadě dle počasí i uvnitř. Během prvního cvičení se účastníci RP snažili zároveň zapamatovat svá jména a blíže se poznat. Poznávání probíhalo vesměs během všech aktivit prvního dne. Dále následoval oběd, kdy si účastníci také mohli vybrat z úzké nabídky připravovaných jídel. Po obědě byl dle programu odpolední klid, v průběhu kterého si každý z účastníků mohl dělat, co zrovna potřeboval, ať už odpolední spánek, četbu či další aktivity. V rámci odpoledních aktivit byla naplánována tvořivá dílna, při které si účastníci RP procvičili jemnou motoriku a trpělivost při stříhání a lepení jednotlivých částí vytvářené mozaiky. Tato aktivita byla na více než jedno odpoledne. Následovala večeře formou obloženého talíře. Po večeři se většina sešla ve společenské místnosti a probírali zážitky z uplynulého dne. Následující dny se opakovalo v různých obměnách cvičení a aktivity dle programu, na jeden den byl naplánovaný celodenní výlet po okolí a nejedno odpoledne účastníci strávili na procházkách s poznáváním blízkého okolí. Veškeré aktivity v programu byly naplánovány tak, aby se nikam nemuselo spěchat a na vše byl dostatek času, aby se nikdo necítil stresován časovým harmonogramem a nepřišel si odlišný od ostatních.

4.4.1 SWOT analýza rekondičního pobytu

Cílem SWOT analýzy je podle Sedláčkové a Buchty (2006) strukturovaná analýza, která směřuje k identifikaci, nalezení, posouzení vlivů a predikci vývojových trendů vnitřních a vnějších faktorů. K posouzení vzájemných vztahů lze využít diagramu SWOT analýzy znázorněného na obrázku.

<p style="text-align: center;"><u>Silné stránky</u></p> <p style="text-align: center;">Zlepšení zdravotního stavu Setkávání s novými lidmi Získávání nových informací Relaxace a odpočinek</p>	<p style="text-align: center;"><u>Slabé stránky</u></p> <p style="text-align: center;">Vzdálenost od místa bydliště účastníků Nedostatečná informovanost o RP</p>
<p style="text-align: center;"><u>Příležitosti</u></p> <p style="text-align: center;">Častější konání RP Nové aktivity na RP Vyhledávání vhodných míst k realizaci RP</p>	<p style="text-align: center;"><u>Hrozby</u></p> <p style="text-align: center;">Neuskutečnění plánovaného pobytu Nenaplnění kapacity pobytu</p>

Schéma č. 13: SWOT analýza rekondičního pobytu

4.5 Shrnutí výsledků

HVO: Jak probíhají rekondiční pobyty pro osoby s Parkinsonovou chorobou?

Odpověď: Z výzkumu vyplynulo, že rekondiční pobyty jsou plánovány lidem s Parkinsonovou chorobou na míru hlavně v tom ohledu, že se zaměřují na terapie a cvičení, která zpomalují rozvoj a prohloubení příznaků a projevů nemoci. Nezáleží na období ani místě, ve kterém je pobyt konán, protože vždy se dá přizpůsobit tak, aby plnil svou určenou funkci. Proto je pro dobu pobytu sestavován program. Tím se nejen účastníci s PN řídí a praktikují ho, není to ovšem žádný nucený předpis, pokud se jim v programu něčeho účastnit nechce, mohou si vybrat jinou aktivitu, nicméně je pro každého z účastníků výhodnější, když nějakou aktivitu ve společnosti ostatních praktikují. Ráno den začínal snídaní, která probíhá formou bufetu a každý si může dát to, na co je zvyklý a co má rád. Po snídani probíhal dopolední program v podobě

protahovacího cvičení, povídání na zvolené téma nebo další společné aktivity. Po bloku dopoledních aktivit následoval oběd, kdy měli účastníci úzký výběr ke zvolení toho, co budou konzumovat. Po obědě následoval odpolední klid, který si každý z účastníků mohl využít podle vlastní potřeby, ať už ke spánku, relaxaci, povídání či četbě. Po odpoledním klidu přišel na řadu odpolední program, který zahrnoval opět podobný výběr aktivit jako dopolední program, případně na odpoledne byla zařazena do programu přednáška či beseda na aktuální téma. Po odpoledním programu následovala večeře. Po večeři následoval večerní klid, kdy si účastníci mohli opět naplánovat svou vlastní oblíbenou aktivitu či posedět a popovídat s ostatními. Po celém dni samozřejmě následoval spánek, který je nedílnou součástí terapie během pobytu, aby účastníci byli plní elánu a energie pro další dny plné cvičení, vycházek, smíchu, pohody a dalších společných aktivit. Rekondiční pobyty Společnosti Parkinson, z. s. jsou organizovány svépomocně v rámci jednotlivých klubů či po jejich dohodnuté spolupráci.

HVO2: Jaký je přínos rekondičních pobytů pro osoby s Parkinsonovou chorobou?

Odpověď: Podle výzkumu jsou rekondiční pobyty pro osoby s Parkinsonovou chorobou přínosné. Největším přínosem rekondičních pobytů pro osoby s Parkinsonovou chorobou je podle výzkumu to, že díky účasti na nich se jim zlepšuje fyzický i psychický stav. Konkrétně KP uváděli progresi ve snížení třesu ruky, zlepšení chůze a jemné motoriky. Dále pak v pocitu pochopení a relaxace, odpočinku od běžné rutiny. Podle názoru jednotlivých KP je toto i největší motivační faktor pro účast na RP. Dále KP uváděli jako přínos RP to, že se mohou spolu sejít, společně diskutovat, sdělovat si své poznatky z „boje“ s touto nemocí a rozšiřují si povědomí o možnostech v oblasti léčby a nových cvičení v rámci jejich nemoci. Účast na RP je pro jednotlivce také způsob, jak navazovat a udržovat sociální kontakt s okolím. Kontakt s okolím je pro všechny i určitou motivací, proč dále vytrvat v rehabilitaci a neupouštět ze své píce. Celkově účast na RP pro osoby s PN znamená posun v jejich aktuálním stavu, a to jim zvedá sebevědomí a z pobytů se vrací nabití energií a elánem do dalších dní.

5. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat možnosti a limity rekondičních pobytů pro osoby s Parkinsonovou nemocí v kontextu sociální rehabilitace. Dílčím cílem bylo zjistit přínos rekondičního pobytu z pohledu osob s Parkinsonovou chorobou. Tyto rekondiční pobyty se konají pod záštitou Společnosti Parkinson, z. s. již nemálo let. První hlavní výzkumnou cílem tedy bylo, jakým způsobem probíhají rekondiční pobyty pro osoby s Parkinsonovou chorobou. Druhým hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaký je přínos rekondičních pobytů pro osoby s Parkinsonovou chorobou.

Výzkum se týká průběhu jednoho rekondičního pobytu s cílovou skupinou osob s Parkinsonovou chorobou. V dostupné literatuře není uveden přesný popis pro tento druh pobytů, přestože jsem si myslela, že tato aktivita musí být v publikacích dostatečně obsažená a známá. Bohužel se má domněnka nepotvrdila a v tomto ohledu hovoří i Kramerová (2008), která uvádí, že rekondiční pobyty nejsou nikterak popsány ani v zákoně či dostupném právním předpisu. Proto není možné jednoznačně říci, co je a není v tomto směru správné. Nicméně je ale primárně důležité, aby rekondiční pobyty plnily svou funkci v prohloubení a udržení jejich stávajícího zdravotního stavu, ve které vidím já i moji komunikační partneři největší přínos. S touto domněnkou koresponduje popis rekondičních pobytů Jesenským (1995), který uvádí rekondiční pobyty jako udržování a rozvoj dovedností a návyků fyzické i psychické kondice. Podle popisu a získaných zkušeností mohu tvrdit, že zmiňovaný rekondiční pobyt splňuje svoje poslání pro osoby s Parkinsonovou chorobou a toto uvádí i komunikační partneři, kteří mi v rámci polostrukturovaného rozhovoru pomáhali s vypracováním této bakalářské práce. Rekondiční pobyt je tedy nedílnou součástí léčby a zmírnění příznaků Parkinsonovy choroby pro všechny osoby postižené touto chorobou. Ačkoliv se může jevit program rekondičního pobytu jako opsaný z dětského tábora, pro cílovou skupinu je tato pravidelnost a jasnost velmi důležitá. Motivuje je to k tomu, aby ve svém úsilí a pílí vytrvali a nevzdali se této pomalu se rozvíjející nemoci. Souvisí s tím také snaha naučit každého účastníka rekondičního pobytu cílevědomé práci na sobě samém a tím opět přispět ke zlepšení v rámci jejich fyzického i psychického stavu. Rekondiční pobyt jako součást sociální rehabilitace dle mého funguje velice dobře a je třeba dále rozvíjet jeho

možnosti a iniciovat další podobné nástroje integrace člověka do společnosti. Tuto mou domněnku potvrzuje tvrzení Francové (2014) i Jankovského (2006).

Dále výzkum ukázal přínos rekondičních pobytů pro osoby s Parkinsonovou chorobou. Za faktor, který nejvíce ovlivňuje účast na rekondičním pobytu 5 KP uvedlo zmírnění průběhu nemoci a zlepšení zdravotního stavu. To opět potvrzuje tvrzení Jesenského (1995). Toto stanovisko KP uvedli v naprosté většině i jako očekávání od účasti na RP. Dále jako motivaci pro účast na pobytu zmiňují seznámení s dalšími stejně postiženými lidmi, nová cvičení a zážitky i informace. Při otázce: Jak často by podle Vás měly probíhat RP?“ jsem očekávala, že jasnou odpovědí bude alespoň dvakrát ročně, nicméně se našli i tací, kterým vyhovuje četnost pořádání pobytu pouze jednou ročně. Ve vyšší četnosti pobytů vidím lepší možnost oddálení prohloubení nemoci, ale je to pouze můj subjektivní pohled. Ne vždy je ale možné vyšší četnosti pobytů dostat, hlavně vzhledem k pracovním povinnostem některých účastníků. Někteří KP by ale uvítali i vyšší počet rekondičních pobytů k absolvování. Podobná situace nastala při dotazování na délku trvání RP, kdy někteří by se rádi účastnili i delší dobu než 5 až 7 dní či týden, ale opět z důvodu pracovních povinností toto není možné. Tento problém by mohl pomoci eliminovat zákon, který by umožnil osobám trpícím Parkinsonovou chorobou ve větší míře pobírat invalidní důchod, aby se mohli věnovat více i své terapii a nejen práci.

Zhodnocení účasti na rekondičním pobytu nejvíce poukazuje na přínosy, kterých se jednotlivým účastníkům dostalo. Opět je nutno účast na rekondičním pobytu označit jako velký přínos z pohledu zdravotního stavu osob s Parkinsonovou chorobou, přesto se všechny odpovědi musí považovat za subjektivní pohled jedince a nelze je globalizovat. Komunikační partneři zmiňují zmírnění třesu a zlepšení chůze, aktivnější účast v rozhovorech, zlepšení mluvení, odpočinek a relaxaci. V souladu s tvrzením Společnosti CMP (© 2018) je i udržování sociálních kontaktů, které komunikační partneři zmiňují velmi často.

Pro osoby trpící Parkinsonovou chorobou bych navrhla i krátkodobá, například víkendová, setkání v blízkosti jejich bydliště, která by byla určitou alternativou pro rekondiční pobyty na delší časové období. Tyto aktivity by nebyly tak administrativně náročné a mohly by být praktikovány častěji než dlouhodobější pobyty, které vyžadují u některých pracujících osob využití dovolené v zaměstnání.

V rámci pořádání a realizace rekondičních pobytů Společností Parkinson, z. s. jsem si všimla toho, že tu chybí spolupráce se sociálním pracovníkem. Podle mého názoru působí sociální pracovník v rámci rekondičního pobytu jako pomocná ruka organizátora. Tedy jako administrativní, poradensko-terapeutické a expertní zajištění pobytu. V případě administrativní role prostřednictvím správných a jemu známých postupů vyhledá a zajistí místo konání rekondičního pobytu. Spolupracuje s poskytovatelem ubytovacích služeb, se kterým dohodne vhodné podmínky pro způsob ubytování, stravování a využívání prostor v ubytování. Dále zajistí přesný způsob stravování během celého pobytu, kdy se bude řídit potřebami jednotlivých účastníků RP. Zajistí také přihlášky osob s PN na rekondiční pobyt, pracuje ohleduplně s jejich citlivými a osobními údaji. V rámci poradensko-terapeutické role pomáhá organizátorům pobytu s vyhotovením programu, konzultují spolu jednotlivé činnosti a aktivity, aby tím zajistili co největší přínos pro účastníky pobytu. Dle jeho zkušeností konzultuje činnosti i s jinými pracovníky a odborníky na dané téma. Pomáhá zajistit i jednotlivé odborníky, kteří se rekondičního pobytu zúčastní v rámci své přednáškové činnosti na dohodnuté téma. V expertní roli plní sociální pracovník funkci člověka, který je schopen jednotlivé úkony v rámci plánování a realizace rekondičního pobytu vnímat jako celek a posoudit, zda tento celek bude působit přínosně pro účastníky rekondičního pobytu. V této roli uplatňuje vlastnosti a schopnosti nabyté praxí. Veškeré tyto náležitosti by byly profesionálně zastoupené a dosavadní organizátoři pobytů by si ušetřili starosti a naopak by mohli získat nové zkušenosti a tipy, které by jim sociální pracovník mohl předvést.

Na závěr bych ráda podotkla, že veškeré mnou uvedené výsledky výzkumu jsou subjektivním projevem jednotlivých účastníků rekondičního pobytu. Z tohoto důvodu je nelze brát jako obecně platné pro všechny potencionální další účastníky rekondičního pobytu. Posbírané informace jsou jedinečné a osobité pro ty osoby, které se se mnou zúčastnili mého výzkumu a souvisí s jejich subjektivním zdravotním stavem a jejich potřebami. Výsledky výzkumu přesto budou moci sloužit pro zkvalitnění a rozšíření nejen rekondičních pobytů, ale i o rozšíření o jejich povědomí, které považuji za důležité pro všechny pacienty s touto chorobou. Společnost Parkinson, z. s. by měla co nejvíce upozorňovat na své aktivity a vhodným způsobem k sobě upoutat pozornost co největšího množství nemocných.

6. Závěr

Bakalářskou práci na téma „Rekondiční pobyty jako prostředek sociální rehabilitace“ jsem zaměřila na osoby s Parkinsonovou chorobou. V počátku jsem ji rozdělila do dvou částí, do části teoretické a části praktické. V části teoretické jsem se snažila objasnit základní pojmy a zabývala jsem se rekondičními pobyty, jejich definicí a obecně přínosem pro všechny osoby, které se potýkají s nějakou nemocí, kterou se daří zmírňovat v rámci účasti na rekondičních pobytech. Dále jsem se zabývala pojmem sociální rehabilitace, díky níž je možné pomoci nemocným či znevýhodněným lidem dosáhnout zpět svého společenského statutu či se mu opět co nejvíce přiblížit. Následně jsem se blíže zabývala osobami s Parkinsonovou chorobou. Snažila jsem se krátce zmapovat její původ, podotknout její projevy a příznaky a přiblížit možnosti léčby, do které se právě rekondiční pobyty také zahrnují jako podpůrná léčba. Jako poslední jsem se v teoretické části snažila dotknout role sociálního pracovníka, který je nedílnou součástí pro pořádání a realizaci rekondičních pobytů.

Cílem praktické části této práce bylo zmapovat možnosti a limity rekondičních pobytů pro osoby s Parkinsonovou nemocí v kontextu sociální rehabilitace. Dílčím cílem bylo zjistit přínos rekondičního pobytu z pohledu osob s Parkinsonovou chorobou. Vzhledem k cílům, které byly stanoveny jsem tedy hlavními výzkumnými otázkami zjišťovala přínos rekondičního pobytu a dále jsem se snažila popsat průběh rekondičního pobytu a roli sociálního pracovníka v něm. Dotazováním jsem zjišťovala faktory, které ovlivňují účast osob s PN na rekondičním pobytu a poté jsem se dotazovala na hodnotící faktory po účasti na rekondičním pobytu.

Z výzkumu jasně vyplývá, že rekondiční pobyt je pro osoby trpící Parkinsonovou chorobou jednoznačně přínosný, a to hlavně z důvodu zlepšení zdravotního stavu zúčastněných, které nemocní uváděli i jako největší motivaci pro účast na pobytu. Jako nedílnou součást a přínos pobytu je sociální kontakt s ostatními účastníky, rozšíření povědomí o nemoci a vhodných rehabilitačních aktivitách. Sociální kontakt s dalšími osobami zůstává zachován i po ukončení pobytu a je udržován převážně prostřednictvím sociální sítě Facebook, telefonem i mailem či prostřednictvím fóra na webové adrese Společnosti Parkinson, z. s. Dále je pro účastníky velkým přínosem pocit pochopení,

protože všichni vědí, co tato nemoc obnáší. Je třeba zmínit i pocit relaxace a odpočinku od každodenních rutinních záležitostí. Účastníci rekondičního pobytu se také shodují v tom, že odjíždějí nabiti energií a elánem do dalších dní, odpočinutí a veselí.

Výsledky této bakalářské práce budou využity jako zpětná vazba pro Klub Parkinson České Budějovice a pro účastníky rekondičního pobytu. Dále také jako zhodnocení průběhu pobytu a tipy pro další konané pobyty v budoucnu.

Seznam použité literatury

- 1) AGIM, S., CANNON, J., 2015. *Dietary Factors in the Etiology of Parkinson's Disease*. BioMed Research International [online]. 1-16 [cit. 2018-6-30]. DOI: 10.1155/2015/672838. ISSN 2314-6133. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/672838/>
- 2) ANDERS, M., UHROVÁ, T., ROTH, J., 2005. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Praha: Galén. 280 s. ISBN 80-7262-306-0.
- 3) BALÁŽ, M., PULKRÁBKOVÁ, V., CHRASTINA, J., 2016. Pacient pět let po hluboké mozkové stimulaci – perspektivy léčby pokročilé Parkinsonovy nemoci: Parkinsonova nemoc. *Časopis Společnosti Parkinson*. 2016 (50), 4. ISSN: 12147548
- 4) BAREŠ, M., 2001. *Diagnostika a klinické příznaky Parkinsonovy nemoci*. [online]. Neurologie pro praxi 1/2001. [cit. 2018-6-20] Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/Bares.pdf>
- 5) BATCHOS, E., EASTON, A., HAAK, C., DITCHMAN, N., 2017. Social factors predictive of social integration for adults with brain injury. *J. Taylor and Francis Ltd*. doi: 10.1080/09638288.2017.1326175.
- 6) BEDNAŘÍK, J., AMBLER, Z., RŮŽIČKA, E., et al., 2010. *Klinická neurologie: část speciální I*. Praha: Triton. 707 s. ISBN: 978-80-7387-389-9.
- 7) BENETIN, J., VALKOVIČ, P., 2009. *Parkinsonova nemoc*. 1. vyd. Bratislava: Herba, 224 s. ISBN 978-80-89171-65-1.
- 8) BONNET, A., M., HERGUETA, T., 2012. *Parkinsonova choroba*. Portál s.r.o. Praha. 159 s. ISBN 978-80-262-0155-7.
- 9) DUŠEK, P., 2013. *Parkinsonova nemoc z různých pohledů*. V Praze: Společnost Parkinson, 124 s. ISBN 978-80-260-4860-2.

- 10) FRANCOVÁ, H., 2014. Sociální rehabilitace. In: PFEIFFER, J. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice), s. 149-156. ISBN 978-80-7394-461-2.
- 11) GÁLVEZ-JIMÉNEZ, N., FERNANDEZ, H., H., ESPAY, A., J., FOX, S., H., 2016. *Parkinson's disease: current and future therapeutics and clinical trials*. Cambridge: Cambridge University Press. Medicine (Cambridge University Press). ISBN 978-1-107-05386-1.
- 12) GÉRINGOVÁ, J., 2011. *Pomáhající profese – tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: TRITON. 198 s. ISBN 978-80-7387-394-3.
- 13) HAUSER, R., 2018. *Parkinson Disease Clinical Presentation*. Medscape [online]. New York: Medscape [cit. 2018-02-12]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1831191-clinical>
- 14) HAVRÁNEK, B., et al., 2011. Slovník spisovného jazyka [online]. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://ssjc.ujc.cas.cz/search.php?hledej=Hledat&heslo=vliv&sti=EMPTY&where=hesla&hsubstr=no>.
- 15) HEHLMANN, A., 2010. *Hlavní symptomy v medicíně: praktická příručka pro lékaře a studenty*. Praha: Grada. 464 s. ISBN: 978-80-247-2612-0.
- 16) HEINZ, L., KLAUS, M., LUTZ, H., 2012. *Barevný atlas farmakologie*. Praha: Grada. 366 s. ISBN 978-80-247-3908-3.
- 17) HEJZLAR, P. 2010. Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace. In *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica*, vol. 2, Praha: Galén. ISBN 80-7262-271-4.
- 18) HENDL, J., 2016, *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 19) CHUDÝ, Š., NEUMEISTER, P., JŮVOVÁ, A., 2010. *Vybrané diskurzy teorie a praxe ve vzdělávání a uplatnění sociálních pedagogů v kontextu pomáhajících profesí*. 1. vydání. Brno: Paido. 202 s. ISBN 978-80-7315-212-3.

- 20) JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha: Triton. 176 s. ISBN 80-7254-730-5.
- 21) JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O., 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace: v domovech pro seniory*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. 103 s. ISBN 80-704-0826-X.
- 22) JESENSKÝ, J., 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- 23) KAPLÁNEK, M., 2013. Sociální pedagogika a sociální práce. In: MATOUŠEK, O. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 24) KOLÁŘ, P., 2011. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN: 978-80-7262-657-1.
- 25) KRAMEROVÁ, M., 2008. *Rekondiční pobyt jako prostředek komplexní péče u osob s Parkinsonovou nemocí*. 123 s. Diplomová práce. Karlova univerzita, Pedagogická fakulta.
- 26) KOPŘIVA, K., 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-1147-1.
- 27) LEE, A., GILBERT, R., M., 2016. Epidemiology of Parkinson Disease. *J. Neurologic Clinics*, 34 (4), pp. 955-965, doi: 10.1016/j.ncl.2016.06.012.
- 28) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní výzkum a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 29) NOVOTNÁ, J., 2014. *Teorie sociální práce: skripta*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 126 s. ISBN 978-80-87035-96-2.
- 30) O zdravotnictví, © 2018 [online]. [cit. 2018-08-04]. Dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/spolecnost-parkinson/>
- 31) Pohybová ambulance, © 2016 [online]. [cit. 2018-07-26]. Dostupné z: <https://www.pohybova-ambulance.com/news/rekondice-regenerace-rehabilitace/>

- 32) POSTUMA, R., RIOS, ROMENERTS, S., RAKHEJA, R., 2016. *Non-motorické příznaky Parkinsonovy nemoci*, Glenmark, Solen, 48 s. ISBN 978-80-7471-161.
- 33) REKTOR, I., REKTOROVÁ, I., 1999. *Parkinsonova nemoc a příbuzná onemocnění v praxi*. Praha: Triton. 152 s. ISBN 80-7254-026-2.
- 34) REKTOR, I., 2009. *Léčba Parkinsonovy nemoci. Neurologia pre praxi, č. 10* [online]. [cit. 2018-2-16]. ISSN 1339-4223. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=4202
- 35) REKTOROVÁ, I., 2016. DAT SCAN V DIAGNOSTICE PARKINSONOVY NEMOCI: Diagnostika Parkinsonovy nemoci. *Časopis Společnosti Parkinson. Společnost Parkinson*, 2016(50), 14 - 16 s.
- 36) ROTH, J., SEKYROVÁ, M., RŮŽIČKA E., a kol., 2009 *Parkinsonova nemoc*. 4. vydání. Praha: Maxdorf, Medica. 224 s. ISBN 978-80-7345-178-3.
- 37) RUSOVÁ, A., 2016. *Non-motorické příznaky Parkinsonovy nemoci*. Solen:Olomouc. 48 s. ISBN 978-80-7471-161-9.
- 38) Sdružení CMP, © 2018 [online]. [cit. 2018-07-07]. Dostupné z: <http://www.sdruzenicmp.cz/kdo-jsme/rekondicni-pobyty>
- 39) SEDLÁČKOVÁ, H., BUCHTA, K., 2006. *Strategická analýza*, 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: C. H. Beck. 121 s. ISBN: 8071793671
- 40) SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 168 s. ISBN: 978-80-247-2733-2.
- 41) *Slovník sociálního zabezpečení*, © 2016 - 2018 [online], [cit. 2018-07-30]. Dostupné z: <http://slovník.mpsv.cz/socialni-rehabilitace.html>
- 42) SMOLEK, Z., 2006 *Základy speciální pedagogiky*. [online]. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. [cit. 2018-08-05]. Dostupné z: http://www.zsf.jcu.cz/cs/vzdelavani-a-studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/kss/zaklady_specialni_pedagogiky-opora.pdf/view

- 43) Společnost Parkinson, 2018. [online]. [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/>
- 44) Společnost Parkinson - Klub České Budějovice [online]. [cit. 2018-08-01]. Dostupné z: <http://cb-parkinsonklub.cz/>
- 45) SRIVANITCHAPOOM, P., PITAKPATAPEE, Y., SUENGTAWORN, A., 2018. Parkinsonian syndromes: A review. J. Medknow Publications. doi: 10.4103/0028-3886.226459.
- 46) ŠIMKOVÁ, L., 2014. *Role sociálního pracovníka – mnohvrstevnatá, dynamická a proměnlivá.* [online]. [cit. 2018-08-01] Sociální Revue. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/role-socialniho-pracovnika-mnohvrstevnata-dynamicka-a-promenлива>
- 47) ŠTOCHL, J., 2008. *Structure of Motor Symptoms of Parkinsons disease.* Karolinum press. 145 s. ISBN 978-80-246-1403-8.
- 48) TAJANOVSKÁ, A., 2015. Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti. In: KODYMOVÁ, P., *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu.* Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-088-4.
- 49) URBAN, D., 2013. Postavení sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu. In: JANEBOVÁ, R., *Spolupráce v sociální práci: Sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 21. až 22. září 2012.* Hradec Králové: Gaudeamus. 123-127 s. ISBN 978-80-7435-259-1.
- 50) VOTAVA, J., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* 1. vyd. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 51) *Výroční zpráva Společnosti Parkinson, z. s. za rok 2017* [online]. [cit. 2018-08-01]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/archive/066/007280.pdf?seek=1529097132>

52) Zákon č. 108/2006 Sb., *Zákon o sociálních službách*. 2006. [online]. [cit. 2018-05-23]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Přílohy

Příloha č. 1 – Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor

Příloha č. 2 – Seznam schémat a tabulek

Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor

1. Sociodemografické údaje

- pohlaví
- věk
- rodinný stav
- délka členství ve Společnosti Parkinson, z. s.
- počet absolvovaných rekondičních pobytů

2. Motivace a očekávání od rekondičního pobytu

- Co Vás motivuje k účasti na RP?
- Co očekáváte od účasti na RP?
- Jak často by podle Vás měly RP probíhat?
- Jaká je optimální délka trvání RP?

3. Zhodnocení účasti na rekondičním pobytu

- Splnila účast na RP Vaše očekávání?

Ano, zcela – ano, částečně – téměř ne – vůbec – nevím

- Myslíte si, že po RP se Váš zdravotní stav zlepšil?

Ano, určitě – ano, částečně – téměř ne – vůbec – nevím

- Pociťujete po účasti na RP:

Psychickou pohodu – fyzickou pohodu – psychickou i fyzickou pohodu – nevím

- Jaké pociťujete změny oproti stavu před účastí na RP?

- Jaké aktivity na RP považujete subjektivně za nejpřínosnější?

- Zůstáváte v kontaktu s lidmi, které jste poznal/a na RP a jakým způsobem?

Ano, telefonicky – ano, e-mailem – ano, přes fórum – ano, přes fb – nejsem s nikým v kontaktu

- Máte v plánu se zúčastnit dalšího RP v budoucnu?

Určitě ano – spíše ano – spíše ne – určitě ne – nevím

- Jaké aktivity byste do budoucna rádi zakomponovali do programu RP?

Seznam schémat a tabulek

Schéma č. 1: Co Vás motivuje k účasti na RP?

Schéma č. 2: Co očekáváte od účasti na RP?

Schéma č. 3: Jak často by podle Vás měly RP probíhat?

Schéma č. 4: Jaká je pro Vás optimální délka trvání RP?

Schéma č. 5: Splnila účast na RP Vaše očekávání?

Schéma č. 6: Myslíte si, že po RP se Váš zdravotní stav zlepšil?

Schéma č. 7: Pociťujete po účasti na RP:

Schéma č. 8: Jaký pociťujete přínos účasti na RP?

Schéma č. 9: Jaké aktivity na RP považujete subjektivně za nejprínosnější?

Schéma č. 10: Zůstáváte v kontaktu s lidmi, které jste poznal/a na RP a jakým způsobem?

Schéma č. 11: Máte v plánu se zúčastnit dalšího RP v budoucnu?

Schéma č. 12: Jaké aktivity byste do budoucna rádi zakomponovali do programu RP?

Schéma č. 13: SWOT analýza rekondičního pobytu

Tabulka č. 1: Sociodemografické údaje komunikačních partnerů

Seznam použitých zkratk

KP – komunikační partner

KP 1 – komunikační partner 1

KP 2 – komunikační partner 2

KP 3 – komunikační partner 3

KP 4 – komunikační partner 4

KP 5 – komunikační partner 5

KP 6 – komunikační partner 6

KP 7 – komunikační partner 7

PN – Parkinsonova nemoc

RP – rekondiční pobyt